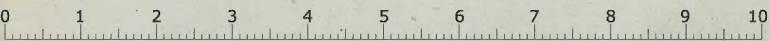


91610

ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE  
**LARYNGOLOGIE**  
OTOLOGIE - RHINOLOGIE  
ET  
BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE



THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
LIBRARY





ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE  
**LARYNGOLOGIE**  
OTOLOGIE - RHINOLOGIE  
ET  
BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE

Fondateurs : A. RUAULT et H. LUC

Ancien directeur : C. CHAUVEAU



PUBLIÉES PAR

F. LEMAITRE

L. BALDENWECK

DIRECTEURS



91610

30<sup>e</sup> ANNÉE — 1924

NOUVELLE SÉRIE - TOME III

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS, 23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE-PARIS

# ANALOGUE

THE ANALOGUE





# M É M O I R E S

---

## STOMATO-RHINO-CONJONCTIVITE A FUSO-SPIRILLES

Par MM. le professeur **P. CARNOT** et **P. BLAMOUTIER**

---

Nous avons récemment pu suivre l'évolution d'une fuso spirillose étendue aux muqueuses buccale, pharyngée, nasale et conjonctivale. Ce cas nous paraît intéressant à rapprocher des observations publiées dernièrement sous le nom d'*ectodermose érosive pluri-orificielle*. Il s'en distingue néanmoins par de nombreux caractères sur lesquels nous insisterons.

*Observation.* — M. J..., cantonnier. 23 ans, est pris brusquement, le 12 janvier 1923, au milieu de son travail, de fièvre, de frissons, de courbature générale. Le soir même, sa température atteint 39°; il accuse une sensation de sécheresse puis de brûlure dans toute la bouche. Le lendemain matin, il avale avec difficulté les boissons qu'on lui présente; la langue est saburrale, l'anorexie presque complète, il se plaint de douleurs articulaires (genoux, hanches, épaules). Les jours suivants, il doit garder le lit, présentant toujours une température élevée (38°5-39°), il ouvre difficilement la bouche, déglutit avec peine et salive beaucoup.

Le 15 janvier, sa vue se trouble; ses paupières sont collées au réveil; il est enchiffrené, éternue fréquemment, puis mouche beaucoup. Il constate que la face interne de ses joues est recouverte d'un enduit blanchâtre, ses lèvres sont fendillées et saignent au moindre traumatisme, la bouche reste constamment entr'ouverte; il parle avec difficulté; le long des commissures s'écoule un mélange de salive et de pus; son haleine est très fétide. C'est dans ces conditions qu'il entre à l'hôpital Beaujon, le 19 janvier 1923.

Il présente ce jour une stomatite intense. Toute la face interne des joues, les gencives, les piliers antérieurs du voile, les deux amygdales, la voûte palatine, le bord même des lèvres sont recouverts d'un enduit sanieux blanc grisâtre, que l'on ne peut enlever que difficilement par



grattage. La langue est épaisse, saburrale; sur les bords on trouve des érosions polycycliques d'un rouge vif.

En certains points, d'ailleurs, de la cavité buccale, on retrouve, derrière la nappe épaisse et blanchâtre qui recouvre la muqueuse, des zones à la fois jaunes et roses, bordées par des dentelures d'un rouge plus vif. Le malade n'entr'ouvre la bouche qu'à grand peine, ce qui gêne les examens pharyngé et surtout laryngé. Il existe une dysphagie très marquée; les liquides même ne sont déglutis qu'avec difficulté. Toute la paroi postérieure du pharynx est tapissée d'une nappe de pus jaunâtre; sur l'épiglotte on peut voir trois ou quatre ulcérations en coup d'ongle, recouverte d'un exsudat blanchâtre et entourées d'un cercle inflammatoire: il est impossible de se rendre compte de l'état du vestibule laryngé<sup>1</sup>. La voix est sourde, mais la parole est surtout gênée par la difficulté qu'éprouve le malade à écarter les lèvres. La rhinoscopie antérieure montre, en divers points de la cloison et sur la face interne des narines, quelques ulcérations également saignantes dont la périphérie seule est rouge.

Ses paupières sont oedématisées; les cils sont collés; il existe du chémosis; la conjonctive tant palpébrale que bulbaire, est très injectée; elle est même granuleuse en certains points. Dans l'angle interne de chaque œil, il y a d'abondantes concrétions purulentes. Il existe une photophobie très marquée, le malade a l'impression d'avoir du gravier dans les yeux; la cornée est intacte.

En avant du tragus droit, aux angles du maxillaire inférieur, dans les régions sous-maxillaires et, même, le long de la chaîne carotidienne, le doigt qui palpe sent des ganglions nettement hypertrophiés sans périadénite.

Le malade a un aspect très particulier: il est franchement bouffi, pleure, mouche et salive constamment. Il accuse un léger prurit au niveau des jambes; mais il n'y a aucune éruption. Nous constatons, le jour de l'entrée, un peu de balanite érosive: nous n'y attachons aucune importance; le malade nous dit en avoir, d'ailleurs, fréquemment. Les divers viscères sont sains; il existe seulement un peu d'albumine.

Dès le jour de l'entrée, un examen bactériologique est pratiqué: des frottis sont faits en divers points de la cavité buccale avec le mucopus prélevé sur les ulcérations de la pituitaire et au niveau des conjonctives: on trouve, au milieu de nombreux cocci, quelques chaînettes et, sur toutes les lames, des *spirilles* en très grande abondance; sur les frottis buccaux de nombreux *bacilles fusiformes* des plus typiques. Ceux-ci sont beaucoup plus rares dans les prélèvements faits sur les muqueuses nasale et conjonctivale, ils y sont néanmoins caractéristiques.

L'inoculation au cobaye ne donne pas de résultat.

L'hémoculture reste négative, le 20 janvier.

1. Nous remercions M. le Dr Baldenweck, qui nous avait adressé ce malade de son obligeance pour les examens qu'il a bien voulu pratiquer et les avis qu'il nous a donnés.



## Examen du sang :

Hématies . . . . .	4.700.000
Leucocytes . . . . .	25.400
Polynucléaires. . . . .	55 %
Grands monos. . . . .	2
Moyens monos . . . . .	19
Lymphocytes . . . . .	31
Eosinophiles . . . . .	3

Devant la netteté et l'uniformité des constatations bactériologiques, nous traitons cette stomato-pharyngo-rhino-conjonctivite fusospirillaire par des injections intraveineuses de novarsénobenzol (0 gr. 30 tous les jours, pendant quatre jours).

On instille d'autre part deux fois par jour un collyre au sulfate de zinc. On verse dans chaque narine, matin et soir une cuillerée à café de collutoire de novarsénobenzolé et l'on traite les manifestations bucco-pharyngées par des lavages au bleu de méthylène alternant avec des badigeonnages de ce même collutoire sur toutes les surfaces atteintes.

L'évolution fut des plus simples. Dès le lendemain de la première injection de 914, les symptômes locaux rétrocédèrent et la température baissa.

Le 21, la conjonctivite était presque entièrement guérie ; le malade ne mouchait plus ; l'enduit blanchâtre qui recouvrait les lèvres, les joues, la langue, le pharynx antérieur, disparaissait progressivement ; ces muqueuses étaient en voie de cicatrisation.

Le 23, le thermomètre marquait de nouveau 37° ; notre malade pouvait ouvrir la bouche, se gargariser aisément et prendre quelque alimentation liquide.

Il sortait de l'hôpital le 27 janvier, convalescent, ne présentant plus que quelques érosions jugales en voie de cicatrisation ; l'ensemble de sa muqueuse bucco-pharyngée était d'un rouge vif parsemé en divers points de légères traînées blanc jaunâtre qui disparurent rapidement.

Nous l'avons revu depuis : il reste tout à fait guéri.

Autour de lui, on n'a pas eu connaissance de faits semblables. Il prenait ses repas dans une cantine où nous avons fait une enquête : aucun cas de ce genre n'y avait été signalé.

Cet homme n'avait jamais été malade jusqu'à l'année dernière. Il y a un an (en fin février 1922), revenant du service militaire, se trouvant alors dans sa famille à la campagne, près de Nantes, *il présenta une affection en tous points comparable à celle que nous venons de décrire* : le début en fut brutal : fièvre élevée, frissons, stomatite intense avec nappe de fausses membranes, allant des lèvres aux amygdales. Il se rappelle qu'à ce moment il mouchait beaucoup et que ses yeux pleuraient aussi. On lui fit plusieurs injections de sérum antidiphtérique sans amélioration. Cette affection dura *plus d'un mois* ; il ne put travailler avant le début du mois d'avril 1922. Entre cette date et le mois de janvier 1923, sa santé fut parfaite.

En 1922, comme en 1923, on ne trouve pas d'étiologie : cet homme ne boit jamais de lait, sa dentition est excellente et bien entretenue,



il n'existe pas de molaire en éruption; il n'est pas porteur de grosses amygdales chroniquement enflammées.

Cette observation comporte quelques particularités qui méritent d'être discutées.

Pareille stomatite à fuso-spirilles véritablement ulcéro-membraneuse ne ressemble pas à la forme classique de Bergeron. Elle fut généralisée à toute la cavité bucco-pharyngée; les amygdales n'étaient pas le siège d'ulcérations particulièrement étendues et profondes comme dans l'angine de Vincent. Ces ulcérations envahirent la *pituitaire*, vraisemblablement par voie postérieure; nous ne pensons pas que le transport possible par les doigts du mucopus s'écoulant le long des commissures labiales ait suffi pour expliquer l'apparition de cette rhinite si spéciale. D'ailleurs la voie nasale postérieure est assez largement ouverte pour que cet envahissement par les spirilles soit possible.

Les *conjonctives* enfin furent atteintes. Le mucopus prélevé à plusieurs reprises au niveau des culs-de-sac conjonctivaux contenait quelques rares bacilles fusiformes et de nombreux spirilles d'aspect et de taille identiques à ceux rencontrés dans le nez et dans la bouche. Nous ne pensons pas, non plus, que l'atteinte conjonctivale se soit produite par le transport digital des fuso-spirilles; les points lacrymaux étaient rouges, saillants; l'angle interne de l'œil était particulièrement sensible à la pression. Aussi croyons-nous qu'il y a eu infection ascendante par voie lacrymo-nasale. C'est par ce canal que les spirilles atteignirent vraisemblablement les conjonctives, absolument comme celles-ci le sont dans la diphtérie oculaire par le bacille de Klebs-Löffler, dans la conjonctivite phycéténulaire par le staphylocoque.

Dans la bouche, les bacilles fusiformes et les spirilles étaient en très grande abondance; dans le nez et au niveau des conjonctives, les spirilles pullulaient encore; mais les bacilles fusiformes étaient, par contre, beaucoup plus rares.

Dans des observations rassemblées par Berho (1), dans d'autres publiées récemment par N. Fiessinger, Wolff et Thévenard (2), et par De Lavergne (3), on retrouve les divers caractères, aussi accentués ou plus atténués, des manifestations que nous venons de décrire chez notre malade. Mais ces auteurs ont dans la majo-

1. Berho. Sur une affection fébrile à symptômes cutanéomuqueux multiples. *Thèse de Lyon*, 1920-1921.

2. Noël Fiessinger, Maurice Wolff et A. Thévenard. Ectodermose érosive pluriorificielle. *Société méd. des Hôp. de Paris*, 16 mars 1923, p. 446.

3. De Lavergne. A propos de la communication précédente. *Société méd. des Hôp. de Paris*, 23 mars 1923, p. 462.



rité des cas, constaté une localisation anale et préputiale de l'affection, ainsi que, chez quelques-uns de leurs malades, une éruption varicelliforme au niveau des membres. Dans notre cas, nous n'avons noté qu'une *balanite* très légère et un *prurit* au niveau des membres inférieurs ; nous n'avions, d'ailleurs primitivement pas porté attention à ces manifestations atténuées ; mais rétrospectivement, après avoir pris connaissance des publications signalées, nous nous demandons si ces légers troubles peuvent être interprétés comme équivalents des faits typiques rencontrés dans quelques-uns des cas précités. Dans ceux-ci la flore microbienne rencontrée a été des plus variées ; certains malades présentaient une fuso-spirillose buccale typique, mais dans aucun de ces cas cette association ne fut décelée à l'examen des frottis pituitaires ou conjonctivaux.

On pourrait émettre l'opinion que la première phase de l'affection qui nous occupe a pu être une stomatite aphteuse compliquée de fuso-spirillose secondaire, mais au moment où nous avons vu le malade pour la première fois, il n'existait, en aucun point de vésicules ni d'ulcérations arrondies typiques, permettant de le préciser.

En tout cas, cet homme avait présenté l'an dernier une affection absolument identique ; or, ce caractère de récurrence est, croyons-nous, en faveur d'une origine aphteuse.

Quoi qu'il en soit, que la stomatite primitive ait été aphteuse ou spirillaire, la rhinite et la conjonctivite lui furent certainement secondaires. Les localisations nasale et conjonctivale de la fuso-spirillose nous paraissent très spéciales ; nous n'avons pas trouvé de cas de ce genre dans la littérature médicale. En principe, rien ne s'oppose au développement des spirilles sur ces muqueuses ; il n'est pas très rare, par exemple, de mettre en évidence le tréponème, dans certaines circonstances, à l'examen ultra-microscopique de sécrétions provenant des muqueuses ; mais la cause pour laquelle les spirilles et les cellules fusiformes ne sont pas restés, dans notre observation, localisés à la cavité buccale nous échappe.

Nous avons observé récemment deux autres cas d'infection secondaire fuso-spirillaire de la bouche dans lesquels les lésions étaient encore plus accentuées : une de nos malades présentait une *stomatite bismuthique* étendue avec ulcération jugales, l'autre mourut de *noma* au cours d'une *stomatite mercurielle* consécu-

tive à des injections d'huile grise ; dans la salive de ces malades, les spirilles fourmillaient ; or, nous n'avons noté aucune propagation de l'infection vers le nez ou les yeux par voie lacrymo-nasale.

L'abondance des spirilles ne nous paraît donc pas être le facteur dominant pour expliquer leur propagation à des muqueuses sur lesquelles on ne les rencontre ordinairement pas.

Le développement d'une fuso-spirillose, développée dans les divers cas pour lesquels une infection ou une intoxication préalable a modifié le milieu buccal et permis la prolifération de saprophytes normaux, peut donc aboutir non seulement à une stomatite, à une gingivite, à une amygdalite fuso-spirillaire, mais aussi, par infection ascendante, à une rhinite et à une conjonctivite fuso-spirillaire, dont notre cas clinique semble établir la réalité ; cette fuso-spirillose semble avoir été récidivante à un an d'intervalle, chez notre malade.

---



## MA MÉTHODE DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OZÈNE

(Communication préliminaire).

Par **S.-M. Bourak**

(Charkoff).

---

En dépit de nombreuses théories émises — entre autres : la théorie bactérienne (Perez, Hofer, Kofler, Sternberg etc.), la théorie de la sécrétion interne — la nature exacte et la pathogénie de l'ozène sont obscures et la question d'un traitement causal reste à résoudre. Pour faire disparaître les symptômes pénibles de cette affection, en somme incurable et qui dure de longues années, on a proposé un grand nombre de traitements. Mais aucun de ces traitements n'est universellement admis et n'est applicable à tous les cas d'ozène.

Depuis quatre à cinq années, on remarque dans la littérature allemande une tendance très nette au traitement chirurgical de l'ozène et cette tendance s'est particulièrement manifestée au Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie de 1921 à Nuremberg, (Lautenschläger (1), Wittmack, Halle, Hinsberg, Brünings, Kaller, Steurer, Seifert). Pour être débarrassés de ces croûtes qui obstruent le nez, qui occasionnent des céphalées et dont la fétidité rend les malades insupportables dans leurs familles, dans les bureaux et ateliers, en société, les sujets se soumettent facilement à des interventions importantes; ils supportent docilement des inconvénients tel que l'abondant écoulement de salive par le nez, particulièrement au moment des repas (méthode de Wittmack) et ceci pendant des semaines et des mois.

Wittmack a eu l'idée originale de suppléer à l'insuffisance de l'humidité de la muqueuse (due à l'atrophie des glandes de Baumann) en dirigeant l'écoulement de la salive des glandes parotides dans l'antre d'Higmore et de là dans la cavité nasale. Il intervient radicalement sur un ou plus souvent sur les deux sinus maxillaires (dans l'ozène les deux cavités nasales sont habi-



tuellement atteintes) suivant la méthode de Luc-Calwell ; il enlève par curetage toute la muqueuse, introduit dans le sinus le canal de Stenon libéré, tamponne pendant plusieurs semaines jusqu'à épidermisation complète et par une nouvelle intervention plastique, il referme l'ouverture de la paroi faciale de l'antre de Higmore. L'écoulement de la salive se fait dans la cavité nasale, par un orifice artificiel du méat inférieur ou, suivant une modification ultérieure, par l'orifice normal *élargi* du méat moyen. Wittmack a obtenu de très bons résultats par cette méthode. Mais elle présente aussi de nombreux inconvénients mis en lumière par Halle (3). Amersbach (4) Lautenschläger (15) et Steurer (11) : écoulement pénible de salive par le nez durant quelquefois très longtemps, malgré l'irradiation de la parotide par les rayons X ; résultat nul dans le cas où les sinus maxillaires sont réduits avec des parois sclérosées ; compression du canal de Stenon dans les cas de rétraction cicatricielle et enfin possibilité d'infection secondaire de la parotide (six mois après l'opération dans le cas d'Amersbach). Même en dehors de ces cas les résultats ne sont pas toujours positifs (Halle (3) Amersbach (4).

Personnellement je crois devoir souligner les points suivants : 1° il n'est pas prouvé qu'il soit indifférent pour l'organisme de supprimer dans la cavité buccale l'écoulement de salive provenant des deux principales glandes salivaires ; 2° pour l'arrivée de la salive dans le nez il faut compter sur la force d'aspiration ; 3° l'épidermisation peut s'arrêter ; elle peut être irrégulière ; il peut se former des adhérences ; il peut se produire une obstruction de l'orifice du méat moyen avec rétention de salive dans le sinus avec toutes les complications possibles : salive plus épaisse, formation de concrétions, infection de la parotide ; 4° dans les cas d'insuccès et de communication large entre la cavité nasale et le sinus, le processus d'ozène peut gagner ce dernier avec accumulation de croûtes leur décomposition etc...

La méthode opératoire de Lautenschläger avec toutes ses variétés (Halle, Kahler (6), Hinsberg (7), Seifert (8), Stütz, Schönstadt, Brünings (5), Steurer (11) repose sur une toute autre idée. Depuis longtemps on avait remarqué le rapport étroit qui existe entre la formation des croûtes et leur fétidité et la trop grande capacité des cavités nasales, l'atrophie de la muqueuse et du squelette osseux des cornets (Zaufal, Habermann, Siebenmann). On a remarqué aussi l'influence favorable qui, exerce sur la maladie la diminution artificielle des cavités nasales obtenue avec des injections

de paraffine (Eckstein), de vaseline paraffine (Moure, Brockaërt, Cazeneuve, Bourak, Swerjewski, etc.) sous la muqueuse de la cloison, des cornets, du plancher.

Mais cette thérapeutique n'a pas reçu de larges applications pratiques : la difficulté de l'injection quand la muqueuse est très amincie ; la longue durée du traitement et la douleur qu'il provoque ; les complications possibles et les échecs fréquents, toutes ces raisons limitent l'application de la méthode.

Hetter, Wenzel, Welminsky, Eckstein ont essayé d'introduire des morceaux de paraffine sous la muqueuse décollée ; dans quelques cas Hetter a pu pénétrer dans la cavité nasale en passant sous la lèvre ; mais ici les échecs sont fréquents les morceaux de paraffine retombant. Moi-même j'en ai fait l'expérience dans plusieurs cas. Glas a essayé de greffer des cornets d'un nez sain, mais sans grand résultat.

Lautenschläger a eu l'idée de transposer la paroi latérale de la cavité nasale plus en dedans vers le septum nasal. Il réséquait largement la paroi faciale du sinus maxillaire et sa paroi interne au niveau du méat inférieur comme dans l'opération radicale du sinus maxillaire d'après Denker. Il enlevait toute la muqueuse du sinus par curettage et avec un doigt introduit dans le sinus, il repoussait en dedans la paroi interne et tamponnait ensuite, pendant des semaines, le sinus pour obtenir la fixation de cette paroi. Quand il n'obtenait pas le résultat recherché, il s'efforçait de produire des synéchies entre l'extrémité antérieur du cornet inférieur et la cloison.

C'est ce qu'ont fait aussi Halle, Kahler, Amersbach, Hinsberg et Seifert avec quelques modifications. Ainsi les trois premiers ne font pas de curettage de la muqueuse du sinus. Les deux derniers fixent la paroi interne par une suture spéciale « perseptale ». De plus, Hinsberg applique sur la paroi interne des plaques en plomb qu'il enlève au bout de plusieurs semaines dans un second temps. Les défauts de cette méthode sont mis en lumière dans le dernier travail de Lautenschläger (13) : rétrécissement irrégulier de la cavité nasale, stagnation de croûtes dans la partie postéro-supérieure du nez, donc fétidité ; difficulté de la respiration ; difficulté d'introduire un instrument ; longue durée du tamponnement du sinus très désagréable pour le malade.

Stütz, Brünings, Schönstadt, Steurer, cherchent à rétrécir la cavité en attaquant la cloison. Ils décollent la muqueuse, résèquent le squelette cartilagineux et une partie du squelette osseux de la cloison et introduisent dans le sac formé de la paraf-

fine (Stütz, Brünings), du catgut (Stütz), de la graisse (Brünings), ou bien ils greffent sous la muqueuse un morceau de tibia (Schönstadt, Steurer). Brünings arrive à la cloison suivant la méthode Rouge, c'est-à-dire en passant sous la lèvre.

Les défauts de cette méthode sont les suivants : 1° difficulté technique d'introduction d'un grand morceau d'os ou de graisse glissante sous la muqueuse de la cloison et de faire la suture ensuite ; 2° diminution insuffisante et surtout irrégulière de la cavité nasale (puisque dans l'ozène la profondeur de la cavité joue également un rôle, Hoppmann) ; 3° la paroi latérale du nez n'est pas touchée par cette intervention et cependant c'est là que le processus d'atrophie est le plus marqué. A mon avis cette méthode est tout à fait à éliminer dans les cas graves d'ozène (les cas de Steurer ne sont pas probants ; car sur les 9 malades, 5 présentaient un ozène unilatéral, 1 une simple rhinite atrophique ; en plus les observations datent de deux à dix mois, ce qui n'est pas suffisant pour juger des résultats éloignés).

En plus, il faut compter, quand on fait une transplantation autoplastique, sur des processus d'involution et d'évolution qui en somme amènent une résorption plus ou moins grande du greffon. (Barth, Axhausen, Nemiloff, Pétroff, Rehn, Makkas, Lexer, Klopfer, Hesse, etc.).

La dernière méthode de Lautenschläger, où il combine sa première méthode à celle de Wittmack un peu modifiée, n'est pas non plus exempte de défauts. Suivant Luc-Caldwell il ouvre sous anesthésie générale les deux sinus maxillaires, mais ne résèque pas la partie toute externe de la paroi latérale de la cavité nasale ; ensuite ayant décollé la muqueuse et le périoste de l'os de la paroi latérale au-dessous du cornet inférieur, il introduit dans le cul-de-sac des morceaux d'os (obtenus pendant l'opération, et avec un doigt introduit dans le sinus, il repousse la paroi latérale dans la région du méat moyen en dedans. Il fait passer le canal de Stenon dans le sinus et par un lambeau labio-jugal (5-7 centimètres de long et  $1\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$  de centimètre de large à la base) il referme la paroi. Il tamponne ensuite. Ainsi il obtient : 1° un écoulement modéré de salive dans la cavité nasale dans les premières semaines, la plus grande quantité de salive retombant dans la bouche par la fistule de la lèvre ; 2° plus tard, quand la fistule de la lèvre se rétrécit, l'écoulement abondant de salive par le nez au moment des repas est empêché par la paroi externe repoussée en dedans et par la tuméfaction du cornet inférieur. Il est prématuré de parler de résultats éloignés de cette toute dernière méthode de



Lautenschläger. Mais dès maintenant on peut souligner ses défauts : 1° l'opération est compliquée ; les suites opératoires sont longues (six à huit semaines) et désagréables pour le malade ; 2° quand la cicatrisation se fait mal dans des cavités petites avec parois sclérosées, on peut craindre des complications comme la formation d'adhérences, de cloisons, la compression du canal salvain, l'infection des parotides, etc... 3° à la suite de la rétraction cicatricielle, la lèvre peut être attirée très en haut ce qui donne au visage une expression désagréable. (Lautenschläger le dit lui-même ; il était obligé de faire masser ses malades pendant des mois) ; 4° la fistule de la lèvre se rétrécit quelquefois trop et on est obligé de faire passer des bougies pendant fort longtemps ; 5° s'il y a stagnation de salive dans le sinus maxillaire, il peut y avoir formation de concrétions (dans le 1<sup>er</sup> cas L. a enlevé un grand calcul du sinus maxillaire huit mois après l'opération) ; 6° la diminution de la cavité nasale peut à peine être considérée comme définitive ; d'abord parce que le déplacement de la paroi latérale ayant été fait au-dessus du cornet inférieur, elle peut donc revenir à sa place primitive ; ensuite le sort des greffons au-dessous du cornet inférieur n'est pas non plus assuré, étant donné que les conditions de la prise des greffons ne sont pas très favorables (voir plus bas). Du reste la technique de l'arrangement de l'écoulement salivaire est excessivement délicate et L. lui-même dit qu'il faut une grande expérience de la technique.

A mon avis il faut donner de fortes garanties de succès et s'appuyer sur des bases théoriques très solides pour proposer à un malade une opération aussi importante avec des suites opératoires aussi longues et aussi ennuyeuses. Il y a cependant des moyens beaucoup plus simples et bien moins traumatisants d'obtenir une réduction de la cavité nasale. Avant même de connaître la littérature allemande de ces dernières années, j'ai élaboré la méthode opératoire suivante : *incision sous la lèvre, mise à nu de l'orifice piriforme, décollement des parties molles d'avec l'os le long du plancher et de la paroi latérale de la cavité nasale au-dessous du cornet inférieur et au-dessus du cornet inférieur aussi loin que possible* en arrière, en avant, en haut ; séparation, avec un décolleur rugine spécial, du point d'implantation du cornet inférieur de la crête turbinale (*crista turbinalis*) jusqu'à son extrémité postérieure (contrôle avec le doigt introduit dans le rhino-pharynx), déplacement en dedans vers la cloison du foyer muco-périostique en même temps que du cornet inférieur et quelques particules osseuses facilement séparables, (comme le processus ethmoïdal, le

processus uncinatus, quelques cellules du labyrinthe ethmoïdal) et transplantation libre dans la poche ainsi formée d'un morceau de graisse de volume correspondant (il est plus facile d'introduire la graisse en la transfixiant avec un fil et une aiguille. On fait ressortir l'aiguille par les choanes). Enfin suture. La cicatrisation se fait par première intention en cinq à sept jours. Sauf un léger œdème de la joue pendant un ou deux jours, aucune complication. Pas de traitement consécutif. L'opération est facile, sous-anesthésie locale ; les résultats sont excellents. J'ai présenté mon premier cas (jeune fille de 16 ans, forme aiguë d'ozène ; elle avait servi auparavant comme sujet d'une leçon clinique sur l'ozène dans le service du professeur Souroukchi), trois semaines après l'opération à la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie ; ensuite je l'ai présentée une seconde fois en même temps qu'une autre jeune fille de 17 ans, six semaines après l'opération. Le résultat dans les deux cas était excellent : absence totale de croûtes, aucune fétidité, respiration suffisante, quoique la cavité soit très rétrécie et dans toutes ses dimensions (le cornet inférieur tuméfié se trouve à 1-2 millimètres de la cloison). Du côté opposé non opéré, où les deux ou trois premières semaines on avait noté une amélioration, (influence de la réaction) six à sept semaines après la différence était très notable. Sans vouloir tirer des conclusions trop hâtives, je crois que ma méthode opératoire s'impose par les avantages suivants :

1° L'opération est excessivement simple, facile à réaliser ; elle n'est pas traumatisante, donne une diminution *suffisante et surtout régulière de la cavité nasale* ;

2° Elle n'exige pas de traitement consécutif : par une intervention nous avons obtenu plus que nous n'obtenions auparavant après plusieurs mois de traitement par des injections de paraffine, par l'électrolyse, haute fréquence, photothérapie, exercices respiratoires etc...

3° La fixation en dedans de la paroi latérale de la cavité nasale s'obtient sans qu'on soit obligé de rompre le squelette osseux ;

4° La graisse introduite, en provoquant une réaction prolongée au niveau des parois qui l'entourent avec abondante circulation locale et augmentation du chimisme cellulaire, s'oppose à la continuation de l'atrophie et peut donner un coup de fouet au processus de régénération dans les éléments cellulaires et glandulaires.

5° Dans les cas d'ozène unilatéral avec convexité du côté sain on peut pousser le décollement de la muqueuse et du périchondre

plus loin jusque sur la cloison et y introduire également de la graisse.

J'ai choisi la graisse pour des raisons que je ne puis pas développer dans cet article. Le catgut, le caoutchouc, la corne, la paraffine, etc..., donnent souvent des résultats incertains et s'éliminent quelquefois au bout d'un an ou même plus tard. L'autoplastie osseuse surtout dans des tissus mous ne donne pas non plus de bons résultats ; la nécrose, la suppuration, la résorption du greffon ne sont pas rares dans les rhinoplasties osseuses ; j'ai pu m'en convaincre au cours de ma pratique de plus de vingt ans soit que les malades s'adressassent à moi pour paraffinothérapie plusieurs années après avoir subi une opération plastique suivant la méthode d'Israël, soit par la radiographie. En tout cas on ne peut pas se baser, dans les cas qui nous intéressent, sur les résultats obtenus par les chirurgiens avec l'ostéoplastie d'os longs et encore existe-t-il de très grandes divergences dans l'évaluation de ces résultats entre les différents chirurgiens (Ollier, Barth, Axhausen, Frangenheim, Ertl, Sohr, Goldmann, Lexer, Küttner (23), Köpke, Pels-Lensden, Danziger, Smyth, Christoph, Basch-Kirtseff, Petroff, Hemiloff, Smirnoff). Les résultats éloignés des greffes osseuses dans l'ozène, aussi bien dans la littérature que dans mes cas personnels, me paraissent douteux (fixation insuffisante et nutrition défectueuse du greffon, absence de stimulation fonctionnelle, Roux ; dyscrasie générale (Durand) etc...). La graisse a de grands avantages à cause de sa malléabilité, sa plus grande résistance dans des conditions défavorables au point de vue nutrition ; ses qualités hémostatiques ; sa faculté de se greffer même dans les milieux qui ne sont pas tout à fait aseptiques et même dans les cavités d'ostéomyélite (Tuffier, Klopfer) ; j'ai pu m'en convaincre moi-même dans plusieurs cas. Malheureusement sur cette question on trouve dans la littérature expérimentale et clinique de très grandes divergences ; cependant il ressort des expériences de Rehn (23), de Makkas (21), de Vennis (18) et des observations de Neuber, Czerny, Murphy, Hoff, Wederhake, Lexer, Bier, Klopfer, Hesse, Lange, Halpern, Spassokonkotsky, Zemlanitzky, que la graisse est le matériel qui convient le mieux dans les cas qui nous intéressent ; que le processus d'involution et d'évolution avec résorption d'une partie de graisse et sa transformation en tissu fibreux — en un mot la diminution du volume antérieur du greffon graisseux — ne représente pas un inconvénient capital puisque après l'opération la paroi latérale et surtout *le cornet inférieur sont presque contre la cloison.*



Ensuite, les angles aigus, les arêtes de l'os greffé qui ne sont pas bien recouverts de périoste, peuvent par leur pression provoquer la nécrose de la muqueuse, l'infection de l'os etc., ce qui ne peut exister quand on se sert de graisse. Du reste dans ces conditions un os suppurera beaucoup plus facilement que la graisse. Si Brünings a observé une résorption importante de la graisse entre les deux feuillets de la muqueuse de la cloison nasale, cette éventualité est moins possible dans les conditions de ma méthode opératoire c'est-à-dire quand la graisse est posée entre l'os et la muqueuse de la paroi latérale. Du reste un malade se laissera plus difficilement enlever un morceau d'os (ce qui constitue déjà une intervention assez sérieuse) qu'un morceau de graisse de la hanche, de l'épaule, de l'abdomen etc... Ce que l'on peut faire facilement sous anesthésie locale.

Bien entendu, il serait préférable d'avoir un matériel plastique tout prêt. Peut-être les expériences avec l'Humanol (Holländer, Nussbaum), la Palmasse (Mertens) (20) nous donneront ce matériel et alors notre opération sera encore simplifiée. Notre méthode opératoire ne comporte aucune complication ; il ne peut y avoir de danger pour le canal lacrymal, puisque nous ne touchons pas à la paroi latérale. Je dois encore attirer l'attention sur un grand avantage de ma méthode : étant donnée sa simplicité, ses indications peuvent être très élargies ; on peut l'appliquer aux cas de simple rhinite atrophique et à tous les cas d'ozène les plus légers comme les plus graves, ceux qui s'accompagnent de symptômes pénibles : céphalées, obstruction nasale, accumulation de croûtes, extension du processus d'ozène sur la paroi postérieure du pharynx, larynx, etc... J'estime que c'est là une méthode palliative précieuse jusqu'à ce que la thérapeutique causale vienne triompher de toutes les autres méthodes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. LAUTENSCHLEGER. — *D. M. W.*, 1918, p., 1422. *Archiv. für Laryng.*, T. 31, 32-33.
2. WITMACK. — *D. M. W.*, 1919, p. 70, n° 3.
3. HALLE. — *Arch. f. Laryng.*, Bd. 32-33, p. 751.
4. AMERSBACH. — *Arch. f. Ohr. Nasen. ü. Kehlkopf.*, T. 108, nos 3-4.
5. BRÜNINGS. — *Greifswald med.*, 24 décembre 1919.
6. KÄHLER. — *W. M. W.*, 1921, n° 48.
7. HINSBERG. — *Vers. d. d. Hals, Nas.-Ohrenarz Nürnberg*, 21 mai 1921.

8. SEIFERT. — *Zeitschrift. f. H., N. und Ohrenh.*, 1921, 1 T.
  9. STUTZ. — *A. f. Ohr.*, 1918.
  10. SCHÖENSTADT. — *Br. W.*, 1918, n° 29 et *B. Z. G.*
  11. STEURER. — *Z. f. Hals, Nasen und Ohrenh.*, 1922, II<sup>e</sup> T. n° 1-2, p. 211.
  12. LEXER. — Die Freie Transplantation. *Neue D. Chirz.*, 26.
  13. ORTLOFF. — *Centralbl. f. Laryng.*, 1921-1922.
  14. ROEHR. — *Passow's*, T. 12.
  15. LAUTENSCHLÄGER. — *Z. f. H., N. und Ohrenh.*, 1923, IV T.
  16. BIER. — *D. M. W.*, 1918.
  17. GULECKE. — *Centralblatt. f. Chir.*, 1921.
  18. PENNIS. — *Ctb. f. Chir.*, 1921.
  19. HESSE. — Petrograd, 1920.
  20. MERTENS. — *D. Z. f. Chirg.*, 1921-1922, 5-6.
  21. MAKAS. — *B. z. Kl. Chir.*, T. 77.
  22. LEXER. — Congrès international, 1911.
  23. — Congrès chirurg. allem., 1910 (Bier, Lexner, Küttner, Rehn).
  24. F. DANZIGER. — *Ctb. Chirurg.*, 1918.
  25. ERDURAUN RHODA. — *Centr. f. d. Ges. Chir.*, T. 11 1921.
-

## LES VOIES D'ABORD DE L'HYPOPHYSE

Par M. J. ROUGET

Oto-laryngologiste des Hôpitaux.

---

Les voies d'abord de l'hypophyse peuvent être classées en deux groupes : voies endocraniennes et voies exocraniennes.

Sur les premières, nous serons très brefs ; elles n'ont qu'un intérêt rétrospectif ; nous insisterons surtout sur les voies exocraniennes ou nasales, qui intéressent tout particulièrement le spécialiste ; ce sont d'ailleurs les seuls satisfaisantes.

### Méthodes endocraniennes.

Plus théoriques que pratiques, elles se proposent d'aborder l'hypophyse en réclinant le cerveau, après avoir pratiqué soit un volet temporal (Horsley, Mac Arthur), soit un volet frontal (Kiliani) soit enfin un volet fronto-orbitaire (Frazier.)

Ces méthodes, dont le principal avantage serait de permettre une opération strictement aseptique, sont actuellement abandonnées ; elles sont shockantes, d'une exécution difficile, enfin elles ne donnent guère de jour sur la région.

### Méthodes exocranniennes.

Elles sont nombreuses, elles visent toutes à trépaner le sinus sphénoïdal en l'abordant par le nez ; certaines n'ont jamais été pratiquées sur le vivant et ne sont en fait que de véritables exercices de médecine opératoire ; je me contenterai de les signaler.

*La voie palatine* (Konig, Partsch) aborde le sinus sphénoïdal en pratiquant une résection temporaire ou définitive de la voute palatine, suivie d'une ablation de la cloison et de la partie postérieure des cornets.

*La voie bucco-nasale* (Læwe) utilise non seulement la voie



nasale par ouverture du nez sur sa crête médiane mais se donne du jour par la résection des parois antérieure et interne des deux sinus maxillaires.

La voie *pharyngienne* (Lœwe) atteint la paroi inférieure du sinus sphénoïdal par une pharyngotomie sus-hyoïdienne.

Les seuls procédés opératoires satisfaisants, les seuls qui aient été employés, sont ceux qui cherchent à aborder le sinus sphénoïdal par voie nasale.

Giordano en 1898 eut, le premier, l'idée d'utiliser cette voie, mais ce ne fut qu'en 1907 que Schloffer pratiqua la première hypophysectomie en adoptant cette voie nasale. Depuis, nombreux ont été les auteurs qui se sont attachés à cette question, nombreuses ont été les techniques proposées.

Celles-ci peuvent être rangées en 2 groupes :

Les unes se rapprochent plus ou moins d'une des 3 grandes variétés de rhinotomies : rhinotomie verticale et bilatérale d'Ollier, rhinotomie latérale de J.-L. Faure et Moure, rhinotomie sous-labiale de Rouge. Elles relèvent toutes du même principe : arriver au sinus sphénoïdal par les fosses nasales après rabattement du nez et ablation du contenu des fosses nasales : ce sont les méthodes *nasales* qui ont la faveur des chirurgiens.

Les autres, ou méthodes *endo-nasales* atteignent la région sphénoïdale par voie nasale proprement dite, sans rhinotomie ; elles nécessitent instrumentation spéciale et une grande pratique des opérations de spécialité.

### 1° Voies nasales.

SCHLOFFER, après rabattement latéral du nez, à la manière de Von Bruns, évide les fosses nasales enlevant la cloison, les cornets moyen et supérieur, les cellules ethmoïdales jusqu'à ce qu'il arrive sur l'orifice des sinus sphénoïdaux qu'il aggrandit. Dans certains cas, pour se faire du jour, il propose de commencer par pratiquer l'exentération de l'orbite.

De ce procédé, se rapproche celui employé par CHIARI en 1912 « voie orbitaire trans-ethmoïdale » qui, après avoir récliné le globe oculaire en dehors effondre le labyrinthe ethmoïdal, l'unguis et une partie de la branche montante pour atteindre le sinus sphénoïdal.

VON EISELSBERG rabat également le nez latéralement.

KOCHER, DIALTI et LÖWE préfèrent l'incision médiane faite sur

le dos du nez et ouvrent cet organe comme une porte à 2 battants.

LECÈNE dans un cas a rabattu le nez par en bas, à la manière d'Ollier.

KOCHER, J. ROUX et NASETTI ont préconisé la voie transmaxillo-ethmoïdale, cherchant à se donner du jour, le premier en faisant une résection temporaire de la moitié supérieure du maxillaire supérieur, les deux autres en ne faisant qu'une résection temporaire de tout le maxillaire supérieur ;

LACÔTURE et CHARBONNEL dans leur article du Journal de Chirurgie, ont insisté sur les dégâts inutiles qu'occasionne cette intervention et avec LAFITE-DUPONT ont proposé la technique suivante : « incision partant du fond de la narine droite et sectionnant la lèvre supérieure et le cul-de-sac gingival ; on récline la narine et la lèvre et en ruginant la face externe du maxillaire, on voit l'orifice piriforme des fosses nasales ; on l'attaque à sa partie droite inférieure en ayant soin de bien abraser à la gouge le bord inférieur jusqu'aux alvéoles dentaires ; on enlève les cornets moyen et inférieur, la paroi interne du sinus surtout vers le bas, pour mettre à niveau le plancher du sinus et celui des fosses nasales ; enfin on attaque la partie postéo-supérieure de la cloison et on arrive sur le sphénoïde ».

CUSHING enfin pénètre dans les fosses nasales à travers le sillon gingivo-labial : les premiers temps de sa technique consiste donc à faire une rhinotomie à la manière de Rouge ; mais, une fois dans les fosses nasales, il aborde le sphénoïde en reséquant la cloison : sa technique rentre donc dans les procédés « endo-nasaux ».

## 2° Voies endo-nasales.

CUSHING commence par inciser la muqueuse buccale dans le cul-de-sac gingivo-labial supérieur et par faire la décortication de la face ; une fois parvenu sur la cloison, il pratique la résection sous-muqueuse, enlevant du cartilage quadrangulaire du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ce qui est nécessaire pour pouvoir aborder le rostre du sphénoïde. Ceci fait, il introduit entre les deux lambeaux muqueux de la cloison, une série de dilateurs métalliques, arrondis, de façon à obtenir l'aplatissement progressif des cornets et à se donner le maximum du jour possible.

Dès qu'il estime être arrivé au résultat désiré, il se sert alors

d'un spéculum bivalve autostatique pour continuer l'opération osseuse, c'est-à-dire abraser le bec du sphénoïde et la cloison intersinusale, enfin il termine en effondrant le plancher de la selle turcique.

Ce procédé sur certains points réalise un très grand progrès ; la voie endo-septale est indiscutablement très satisfaisante, elle n'expose pas aux hémorragies, elle n'occasionne aucun délabrement ; mais la rhinotomie sous-labiale semble inutile, l'élargissement de la cavité opératoire par des bougies dilatatrices est peu avantageux car il n'est réalisable que dans la partie antérieure des fosses nasales, la partie postérieure sphénoïdale étant inextensible ; enfin il est très douloureux et nécessite l'anesthésie générale.

La technique de HIRSCH doit lui être préférée ; cet auteur avait commencé par proposer un premier procédé « ethmoïdal » qui comportait une série de petites opérations successives, faites sous anesthésie locale : ouverture large d'une cavité sphénoïdale après ablation préalable du cornet moyen et des cellules ethmoïdales. Mais en 1909, il décrit son opération « septale » qui est indiscutablement l'opération de choix : par une incision faite par l'orifice narinaire au niveau de la partie antérieure de la cloison, il commence par pratiquer une résection sous-muqueuse de la cloison selon la méthode de Killian, avec cette seule particularité qu'elle est poussée très en arrière puisqu'elle doit intéresser toute la partie postérieure du squelette de la cloison jusqu'au bec de sphénoïde ; il attaque alors à la gouge cet épaississement osseux et agrandit l'orifice ainsi obtenu avec des pinces coupantes. Les deux sinus sphénoïdaux étant largement ouverts, la cloison intersinusale étant abrégée, le plancher de la selle turcique s'offre à la vue.

SEGURA a amélioré encore cette technique : il en a schématisé les différents temps, il a imaginé une instrumentation très perfectionnée ; il y a enfin apporté quelques modifications : ainsi, Hirsch, l'opération terminée, place entre les deux lambeaux muqueux une mèche de gaze qui allant de la selle turcique à la partie antérieure de la cloison assure le drainage ; Segura, si une surveillance de la région hypophysaire lui semble nécessaire préfère inciser à droite et à gauche la muqueuse de revêtement du sphénoïde, sur toute sa hauteur de façon à créer deux véritables boutonnières grâce auxquelles les sinus sont convertis en un large diverticule postéro-supérieur des fosses nasales ; il obtient par un tamponnement fait dans chaque fosse nasale, une



captation parfaite des deux feuillets muqueux de la cloison et se met à l'abri des hémorragies. C'est surtout dans les cas où la tumeur exige un traitement par le radium qu'il recourt à cette technique spéciale ; dans tous les autres cas, quand les données cliniques et l'examen macroscopique de la tumeur laissent supposer que la tumeur est de nature bénigne, il estime alors que tout drainage est non seulement inutile mais nuisible ; il réadapte les deux feuillets muqueux de la cloison l'un contre et isole la fosse nasale de la région sphénoïdo-hypophysaire.

De toutes les techniques décrites ou employées, la méthode sous-labiale de Cushing et la voie septale de Hirsch-Segura sont les deux seules qui doivent être employées dans le traitement chirurgical des tumeurs de l'hypophyse. La première est surtout destinée aux chirurgiens généraux qui n'ayant pas l'habitude de l'endoscopie, cherchent en pratiquant une incision sous-labiale à diminuer la profondeur du champ opératoire.

La deuxième au contraire est l'opération de choix que doivent employer tous ceux qui sont familiarisés avec le miroir frontal et ont l'habitude des opérations endoscopiques. Cette opération présente en effet de très nombreux avantages : elle se fait sous anesthésie locale, elle est peu shockante, elle ne s'accompagne pas d'hémorragie, alors qu'au cours de toutes les opérations qui intéressent la région ethmoïdale une blessure de la sphéno-palatine est toujours possible ; elle donne un large jour sur le plancher de la selle turcique et permet de gagner l'hypophyse avec le maximum de sécurité : en effet les cavités sphénoïdales étant ouvertes sur la ligne médiane, il est facile de ne jamais perdre ses points de repère et de bien effondrer le plancher de la selle turcique juste sur la ligne médiane, se mettant ainsi à l'abri des blessures toujours possibles des carotides internes ou des sinus caverneux.

La chirurgie de l'hypophyse, bien que ne comptant que quelques années d'existence possède d'excellentes voies d'abord et a une technique actuellement bien au point.

---

# SUR LA FRÉQUENCE ET L'IMPORTANCE PRATIQUE DES PÉRIOSTITES MASTOÏDIENNES CONSECUTIVES AUX OTITES MOYENNES AIGUES CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr **Pietro CALICETI**

---

L'existence clinique de la simple périostite mastoïdienne sans empyème mastoïdien, est connue depuis longtemps. Cependant, jusqu'à ces dernières années, elle a été considérée comme très rare, et en général tous les cas de tuméfaction mastoïdienne consécutifs à une suppuration tympanique étaient pris pour des empyèmes mastoïdiens, et traités comme tels.

A Luc revient le mérite d'avoir appelé l'attention sur l'existence indiscutable de la périostite et de la parapériostite aiguë simple, qui donne la même tuméfaction que l'empyème mastoïdien, sans que coexistent des lésions osseuses, du moins cliniquement appréciables. Cette périostite simple, guérit habituellement avec de simples applications chaudes et le traitement rationnel de la suppuration tympanique, et s'il y a déjà abcès des parties molles, une simple incision suffit.

Quand nous parlons de périostites mastoïdiennes nous n'entendons point nous limiter, comme Luc, aux cas de périostites avec abcès localisé à la région temporale, mais nous comprenons tous les cas de périostite, aussi bien mastoïdienne que temporale, consécutive aux otites aiguës, qu'elle soit abcédée ou dans la phase moins avancée de tuméfaction dure ou pâteuse.

En effet au point de vue pathologique, nous nous trouvons en face d'un même processus à phases diverses, et au point de vue pratique le problème est le même, quels que soient l'étendue, le siège et la phase de la périostite. La constatation de ces périostites isolées a compliqué les choses au point de vue pratique. Cliniquement il est assez difficile d'affirmer qu'il s'agit d'empyème mastoïdien compliqué de périostite ou de simple périostite mastoïdienne n'appelant pas la mastoïdotomie. Dans les cas dont il s'est occupé, Luc s'est efforcé de fournir des caractères cliniques



différentiels pour établir ce diagnostic, très important pour le traitement.

On attache, une grande importance, comme caractère différentiel entre la périostite simple et l'empyème mastoïdien, au fait que dans quelques cas de périostites décrites par LUC et d'autres auteurs, l'infection tympanique était légère, de courte durée et déjà guérie quand la tuméfaction mastoïdienne est apparue. En outre LUC et LETO donnent une valeur diagnostique au siège de la tuméfaction : tuméfaction limitée à la région de la squame temporale, compliquée fréquemment d'œdème des paupières. De même on a cherché à faire un caractère différentiel d'une certaine valeur, des signes suivants : œdème du conduit, large communication entre la collection sous-périostée du conduit et celle de la région mastoïdienne (Le MARC'HADOUR et CHAUVÉAU), intensité de la douleur spontanée et à la pression, intensité de la fièvre et précocité de la tuméfaction mastoïdo-temporale dans la périostite simple (SIEBENMANN).

Mon maître, le professeur CITELLI, qui a pu suivre un nombre assez considérable de périostites simples, attache peu d'importance aux caractères cliniques ci-dessus. Il fait observer, en effet, que ces caractères, outre leur inconstance fréquente dans la simple périostite, se retrouvent quelquefois dans les périostites avec empyème mastoïdien, de telle sorte qu'on ne peut se baser sur eux pour le diagnostic différentiel. Si au point de vue clinique, CITELLI n'a pas rencontré de symptôme capital pour le diagnostic, il a mis cependant en relief, un fait de très grande importance, oublié jusqu'ici par les auteurs. Il a constaté que tandis que chez les adultes et les vieillards, une tuméfaction mastoïdo-temporale consécutive à une suppuration tympanique trahit une cellulite osseuse, chez les enfants, et surtout dans le plus jeune âge, plus de la moitié des cas n'est qu'une simple périostite. Après la première enfance, la fréquence de la périostite décroît, mais se manifeste encore dans la seconde enfance et plus tard jusqu'à l'âge adulte. Elle est extrêmement rare dans la vieillesse. Il est évident que cette donnée est de la plus grande importance pratique. Chez les adultes et les vieillards, toute tuméfaction mastoïdienne consécutive à une suppuration tympanique commande l'ouverture de l'os, tandis que chez les enfants, on peut surseoir à l'intervention osseuse et limiter le traitement (cure médicale dans la simple tuméfaction mastoïdienne, ouverture de l'abcès sous-périosté si celui-ci est formé). Ceci est le résultat vraiment intéressant des constatations cliniques de Citelli.

Etant donnée l'importance de l'argument, au cours de ces trois dernières années j'ai examiné attentivement tous les cas de périostite mastoïdienne consécutive à une suppuration tympanique, et particulièrement aux périostites de la jeunesse. J'en ai observé 39 cas que je rapporte brièvement.

N° 1. — G. C..., enfant de 2 mois. Depuis quinze jours, à la suite d'une rougeole, suppuration tympanique, bilatérale, et depuis quatre jours apparition au niveau de la squame temporale d'une tuméfaction d'abord dure, puis fluctuante. Douleurs violentes. A l'examen otoscopique on constate du côté tuméfié un léger œdème de la partie profonde de la paroi postéro-supérieure du conduit et une large perforation du tympan, en avant et en bas, d'où sort le pus.

Le 14 mai 1919 on incise l'abcès mastoïdo-temporal sans intervenir sur l'os et on draine la caisse. La guérison complète de la plaie mastoïdienne s'obtient en quinze jours. La sécrétion tympanique est bientôt tarie.

N° 2. — Enfant de 2 mois et demi. A la suite d'une pneumonie, suppuration tympanique suraiguë gauche et depuis une semaine apparition d'une tuméfaction douloureuse, mastoïdo-temporale. Conduit auditif normal, membrane tympanique très infiltrée, rouge, avec perforation antéro-inférieure assez large. Des applications chaudes, humides et continues ainsi qu'un drainage de la suppuration tympanique, font disparaître la tuméfaction en deux semaines ; la suppuration de la caisse tarit au bout de vingt jours.

N° 3. — Enfant de 5 ans. Depuis vingt jours suppuration tympanique droite, puis brusquement violentes douleurs et tuméfaction diffuse de la région mastoïdienne. La paroi postéro-supérieure du conduit est tuméfiée, douloureuse à la pression du stylet et de consistance pâteuse. Le tympan est en grande partie caché ; on ne voit qu'un segment antéro-inférieur d'où sort du pus. Après quatre jours de cure médicale la tuméfaction du conduit est nettement fluctuante et on l'incise. L'abcès sous-périosté du conduit étant vidé, la tuméfaction mastoïdienne disparaît au bout de vingt jours. La suppuration tympanique persiste pendant deux semaines encore.

N° 4. — Jeune homme de 23 ans. A la suite d'un refroidissement, douleurs violentes et lancinantes à l'oreille droite et presque en même temps légère tuméfaction de la partie supérieure de la région mastoïdienne. Conduit normal, inflammation tympanique aiguë, tout rentre dans l'ordre avec quelques pansements humides chauds et des instillations médicamenteuses dans le conduit.

N° 5. — Enfant de 8 ans. A la suite d'une grippe, violentes douleurs à l'oreille droite, et quelques jours après, tuméfaction légère au niveau de la région mastoïdienne, rougeur de la peau, et déplacement du pavillon en avant. Le tympan est très rouge et bombé. Conduit normal. Au bout de quelques jours la tuméfaction devient une petite zone fluctuante que l'on incise et d'où sort une petite quantité de pus. On pratique en outre une paracentèse tympanique pour faciliter le drainage de la caisse, on complète le traitement par des pansements



humides chauds. Sans aucune intervention sur l'os, la guérison est obtenue en quinze jours.

N° 6. — Enfant de 8 ans. Après une semaine de suppuration abondante de l'oreille gauche, apparaît une tuméfaction de la partie haute de la région mastoïdienne et la région voisine de la squame occipitale. Au premier examen cette tuméfaction est déjà fluctuante, et l'on incise tout de suite. Le conduit auditif est légèrement œdédié en arrière et en haut. Le tympan est rouge, infiltré et perforé en bas. Le simple drainage de la plaie, sans intervention sur l'os, amène la guérison en dix-sept jours.

N° 7. — Enfant de 2 mois et demi. A la suite d'une otite moyenne aiguë purulente apparaît deux semaines après, une tuméfaction d'abord dure, puis pâteuse au niveau de la partie haute de la région mastoïdienne. Conduit auditif légèrement œdédié dans sa partie osseuse, tympan perforé en bas. L'abcès rétro-auriculaire incisé, on constate un large décollement du périoste avec carie osseuse, on fait une mastoidotomie.

N° 8. — Enfant de 10 mois. Après une semaine de suppuration tympanique, apparition d'une tuméfaction dure à la base de la région mastoïdienne, de la squame temporale avec diffusion vers la région zygomatique. Il y a également œdème palpébral notable. Le conduit auditif est légèrement tuméfié dans sa partie postéro-supérieure, pas de rétention de pus dans la caisse. Des pansements humides chauds font disparaître la tuméfaction en six jours, et l'écoulement tarit dix jours après.

N° 9. — Enfants de 3 ans. Otite moyenne purulente, légère, depuis dix jours, et depuis quatre jours, tuméfaction considérable, en partie dure, en partie pâteuse, au niveau la région mastoïdo-temporale avec diffusion à la région zygomatique. OEdème palpébral assez considérable. Conduit auditif normal, tympan perforé en avant et en bas. Après deux jours de pansements humides, la tuméfaction devient fluctuante vers l'insertion haute du pavillon et on l'incise. On constate un vaste décollement du périoste et l'os est rugueux. La mastoidotomie révèle une carie de quelques cellules temporales et de la partie haute de la mastoïde.

N° 10. — Enfant de 4 ans. Après vingt jours de suppuration tympanique subaiguë, droite, apparition d'une tuméfaction au niveau de la base de la région mastoïdienne, de la squame occipitale, et de la région zygomatique, avec œdème palpébral, notable. Pas de sténose du conduit, ni rétention de pus dans la caisse. La tuméfaction devient fluctuante, grâce à des pansements humides et on l'incise jusqu'à l'os. Celui-ci étant légèrement carié, au niveau de la base de la mastoïde, on fait une mastoidotomie et on explore la squame occipitale.

N° 11. — Enfant de 20 ans. Suppuration tympanique gauche depuis dix jours, et apparition depuis deux jours d'une tuméfaction dure au niveau de la région temporale. Le conduit auditif est œdédié dans sa partie profonde. Après quelques jours de soins la tuméfaction étant devenue fluctuante, on l'incise. On constate au stylet un trajet fistuleux de la corticale mastoïdienne, et on fait une mastoidotomie.

N° 12. — Enfant de 7 ans. Après une semaine de suppuration tympanique apparaît une tuméfaction notable de la région temporale, qui

devient fluctuante en peu de jours. La paroi postéro-supérieure du conduit, au voisinage du tympan, est infiltrée, œdématiée et présente en haut une petite zone fluctuante. J'incise l'abcès externe mastoïdien et celui du conduit, et une grosse collection de pus s'écoule. Avec le stylet je constate une communication entre les 2 abcès et j'établis ainsi un seul drainage des cavités abcédées. La guérison complète survient rapidement, sans intervention sur l'os.

N° 13. — Enfant de 4 ans. Depuis quinze jours suppuration tympanique aiguë. Tuméfaction fluctuante de la région mastoïdienne. Conduit œdématié en arrière et en haut. J'incise l'abcès externe, et au stylet je constate un trajet fistuleux sur la corticale, au niveau de l'antre. Ceci nous fait intervenir sur la mastoïde, qui d'ailleurs est infectée.

N° 14. — Enfant de 7 ans. A la suite de violentes douleurs auriculaires, tuméfaction de la partie haute de la région mastoïdienne, qui devient fluctuante en quatre jours. Léger œdème de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux et inflammation intense du tympan non perforé. On fait une paracentèse et on vide l'abcès. Deux jours après on fait une mastoidotomie, ayant constaté dans la corticale un trajet fistuleux.

N° 15. — Enfant de 3 ans. Après quinze jours de suppuration tympanique aiguë gauche, apparaît une tuméfaction de la base de la région mastoïdienne et de la partie voisine de la squame temporale. Conduit légèrement œdématié. Perforation tympanique large. Un peu au-dessus de la racine de l'arcade zygomatique, se forme ensuite un petit abcès que j'incise. On continue pendant une quinzaine de jours à soigner la plaie et la suppuration, mais ne constatant aucune amélioration, on ouvre la mastoïde qui d'ailleurs était lésée.

N° 16. — Enfant de 6 ans. Tuméfaction dure localisée à la région temporale, consécutive à une suppuration tympanique aiguë qui durait depuis dix jours. On ne constate pas d'œdème du conduit ni de rétention de pus dans la caisse. Avec des pansements humides chauds et des lavages, tout rentre dans l'ordre en quinze jours.

N° 17. — Enfant de 6 mois. Suppuration de l'oreille droite depuis un mois et tuméfaction diffuse de toute la région mastoïdienne depuis dix jours. Au premier examen, je constate une zone de fluctuation au niveau de l'antre. Pas d'œdème du conduit et suppuration peu abondante. L'abcès mastoïdien vidé on constate au stylet un trajet fistuleux pour lequel on ouvre la mastoïde.

N° 18. — Enfant de 9 ans. Présente depuis dix jours une suppuration tympanique et depuis deux jours une tuméfaction dure au niveau de la base de la mastoïde. Le conduit est œdématié en arrière et en haut. Le tympan est largement perforé en bas. Avec les cures médicales habituelles, la tuméfaction disparaît et la suppuration cesse.

N° 19. — Enfant de 14 ans. A la suite d'une suppuration tympanique aiguë apparition d'une tuméfaction dure au niveau de la base mastoïdienne et de la partie inférieure de la squame temporale. Léger œdème de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux, et large perforation tympanique. Un traitement médical énergique guérit en dix jours la tuméfaction mastoïdienne et peu après la suppuration tympanique.

N° 20. — Enfant de 11 ans. A la suite de violentes douleurs auriculaires qui duraient depuis cinq jours, apparaît une tuméfaction dure au niveau de la région temporale. Légère inflammation tympanique, léger œdème du conduit. On ne croit point nécessaire une paracentèse et quatre jours après des soins médicaux, perforation spontanée et écoulement séro-purulent qui cesse bientôt. En dix jours la guérison est complète.

N° 21. — Enfant de 3 mois. Depuis quelques jours légère suppuration tympanique gauche et tuméfaction de la région mastoïdienne, avec un point fluctuaire au niveau de l'antre ; tympan rouge avec perforation basse. Léger œdème du conduit en arrière et en haut. J'incise l'abcès externe, constate l'os à nu mais sans fistule de la corticale. En dix jours la plaie de l'abcès cicatrise ; la suppuration persiste encore deux semaines.

N° 22. — Enfant de 14 ans. Après de violentes douleurs dans l'oreille droite, apparition d'une tuméfaction douloureuse au niveau de la partie haute de la région mastoïdienne. Au premier examen, je constatai une inflammation tympanique aiguë, fermé avec exsudat dans la caisse. Pas d'œdème du conduit. La tuméfaction, déjà fluctuante, est incisée. Fistule mastoïdienne nécessitant antrotomie.

N° 23. — Enfant de 13 ans. Depuis un mois suppuration tympanique subaiguë droite et depuis dix jours tuméfaction dure au niveau de la partie haute de la région mastoïdienne. Conduit large, tympan rouge et perforé en arrière et en bas. Le traitement médical simple fait disparaître la tuméfaction et ensuite la suppuration tympanique.

N° 24. — Enfant de 6 ans. Après deux mois de suppuration tympanique droite, apparition d'une tuméfaction dure post et sus-auriculaire. Pas de sténose du conduit ni de symptômes de rétention de pus dans la caisse. La cure médicale simple guérit la périostite. La cure médicale simple guérit la périostite. La sécrétion persiste pendant vingt jours.

N° 25. — Enfant de 5 mois. Depuis cinq jours suppuration tympanique droite, avec tuméfaction notable au niveau de la base mastoïdienne, dure, élastique, douloureuse et fluctuante en un point. Pas d'œdème du conduit. La perforation tympanique étant trop petite, on fait une paracentèse et on incise la tuméfaction. On constate un trajet fistuleux dans la corticale, qui décide une antrotomie.

N° 26. — 17 ans. Il y a dix jours, suppuration tympanique après douleur ; et depuis tuméfaction fluctuante de la région temporale. Conduit œdématié en arrière et en haut. Incision de l'abcès externe. Fistule osseuse et antrotomie.

N° 27. — Enfant de 11 ans. Suppuration auriculaire droite depuis un mois. Depuis dix jours tuméfaction de la base mastoïdienne et de la région temporale voisine. Pas d'œdème du conduit, tympan perforé en avant et en bas. Après quelques jours de traitement médical, la tuméfaction devient fluctuante et on l'incise. Guérison rapide.

N° 28. — Enfant de 13 mois. Suppuration tympanique droite, et tuméfaction dure de la région mastoïdienne. Conduit non œdématié, tympan largement perforé. La tuméfaction disparaît sous des applications chaudes et humides et la suppuration cesse peu à peu.

N° 29. — Enfant de 15 ans. Ecoulement d'oreille, et peu après,



alors que la sécrétion diminuait, de violentes douleurs apparaissent à la région mastoïdienne qui se tuméfie et devient fluctuante. Conduit légèrement œdématié en arrière. Incision de l'abcès et peu après mastoïdectomie.

N° 30. — Enfant de 11 ans. Entre à l'hôpital dans un très mauvais état. Suppuration tympanique aiguë et tuméfaction œdémateuse de la région mastoïdienne, temporale et zygomatique. Œdème des paupières, abattement, et fièvre élevée (39,2). Pas de sténose du conduit ni de rétention de pus dans la caisse. Une zone fluctuante apparaît au niveau de la racine de la squame temporale et on l'incise; pus sanieux, sillons nécrotiques. Au stylet on constate un vaste décollement du périoste, aussi bien vers la squame temporale qu'en bas et en arrière sur la mastoïde et la squame occipitale. Pas de carie osseuse. L'examen microscopique décèle une infection streptococcique. On fait en deux jours 4 injections de sérums antistreptococciques de 10 centicubes chaque.

La haute température et le mauvais état général persistant, on intervient sur l'os. A la mastoïdectomie on ne constate pas d'altérations osseuses. Les cultures effectuées avec le liquide séro-hématique retiré de l'intérieur de la mastoïde demeurent stériles. On devait donc dans ce cas, exclure la mastoïdite secondaire à l'otite moyenne purulente aiguë et admettre une infection à caractère nécrotique du périoste de la région mastoïdo-temporale avec septicémie générale qui d'ailleurs entraîna la mort au 12<sup>e</sup> jour.

N° 31. — Enfant de 8 mois. Une semaine après des douleurs d'oreille, apparition d'une tuméfaction de la région mastoïdienne et ensuite écoulement de pus par le conduit. A l'examen on constate une suppuration tympanique peu abondante et une tuméfaction diffuse de toute la région mastoïdienne avec zone fluctuante en haut au niveau de l'antré. Le conduit est notablement infiltré, œdématié en haut et en arrière et de consistance pâteuse. On soupçonne une collection sous-périostée. On vide l'abcès mastoïdien et en même temps on incise le conduit au point le plus saillant. Le stylet rencontre un trajet fistuleux dans la corticale mastoïdienne qui rend nécessaire la mastoïdectomie.

N° 32. — Enfant de 5 mois. Depuis trois jours légère sécrétion purulente de l'oreille droite et depuis un jour tuméfaction dure et pâteuse au niveau de la base de la région temporale. Œdème discret de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux. Pas de rétention de pus dans la caisse. En peu de jours la tuméfaction devient fluctuante et on l'incise. Mais peu après on est obligé d'intervenir sur l'os.

N° 33. — Enfant de 12 ans. Après écoulement de l'oreille gauche, tuméfaction dure et rougeur de la base mastoïdienne. Conduit non œdématié, tympan perforé en arrière et en bas. Guérison complète avec un simple traitement médical en dix jours.

N° 34. — Enfant de 4 ans. Après une grippe, suppuration tympanique aiguë droite. La suppuration cesse mais en même temps des douleurs rétro-auriculaires apparaissent et la région temporo-mastoïdienne se tuméfie. Au premier examen, tuméfaction fluctuante de la région temporo-mastoïdienne, œdème discret de la paroi postéro-

supérieure du conduit osseux, tympan rouge, non saillant. L'abcès sous-périosté vidé, on constate au stylet une carie mastoïdienne qui commande une intervention sur l'os.

N° 35. — Enfant de 13 ans. Depuis un mois, suppuration abondante de l'oreille droite, et depuis peu violentes douleurs mastoïdiennes, et tuméfaction vers la base. Pas de sténose du conduit. La perforation du tympan est suffisante. Au bout d'une semaine on incise la tuméfaction, devenue fluctuante. Mais l'amélioration ne survenant pas on intervient sur l'os.

N° 36. — Enfant de 7 ans. Depuis 15 jours suppuration tympanique aiguë légère, droite, et depuis deux jours tuméfaction mastoïdo-temporale. Le conduit auditif est normal, le tympan perforé en arrière et en bas. La tuméfaction devient fluctuante après quatre-vingt-dix neuf jours de traitements médicaux. L'abcès vidé, on constate au stylet un trajet fistuleux de la mastoïde au niveau de l'antre et on l'ouvre.

N° 37. — Enfant de 10 mois. Tuméfaction mastoïdienne consécutive à suppuration tympanique aiguë. Léger œdème du conduit. On incise la tuméfaction mais on est obligé d'ouvrir la mastoïde pour obtenir la guérison.

N° 38. — Jeune femme de 25 ans. Violentes douleurs à l'oreille droite, puis tuméfaction dure et douloureuse au niveau de la région mastoïdienne. Œdème du conduit, tympan rouge et saillant. Paracentèse, et incision de l'abcès mastoïdien. Carie osseuse et ouverture de la mastoïde.

N° 39. — Enfant de 12 ans. Douleurs à l'oreille gauche. Quatre-vingt-dix-neuf jours après, tuméfaction auriculaire. Tympan non perforé, très rouge, et un peu saillant en haut. Conduit non œdématisé. Paracentèse, et pendant quatre-vingt-dix neuf jours écoulement peu abondant. Des pansements humides chauds font disparaître la tuméfaction et deux semaines après, la suppuration tarit.

Ma statistique comprend 39 cas de périostite mastoïdienne consécutive à une infection tympanique; 10 chez des nourrissons, 8 dans la jeune enfance, 8 dans la seconde enfance, et 8 dans la jeunesse. J'ai limité ma statistique aux cas observés dans le jeune âge, puisque, comme je l'ai dit plus haut, cet âge est surtout frappé par l'affection qui nous occupe. Je rappellerai plus loin les cas observés chez l'adulte, mais en raison de leur rareté, je ne ferai que les mentionner.

Tous ces cas ont été minutieusement étudiés au point de vue symptomatologique et suivis jusqu'à guérison. Je n'ai pu relever un caractère qui ait pu efficacement m'aider pour distinguer une périostite simple d'une périostite avec empyème mastoïdien. Le symptôme auquel Luc donne une valeur particulière pour le diagnostic de périostite simple, *la suppuration tympanique légère, transitoire et généralement guérie quand apparaît la tuméfaction temporale*, non seulement je l'ai rarement constaté, mais lorsque

je l'ai rencontré, il n'était point toujours symptôme de périostite simple. En effet j'ai observé 6 cas (9, 17, 29, 31, 34, 36) d'endomastoïdite avec suppuration tympanique presque complètement guérie, et d'autre part 11 cas (1, 2, 3, 6, 8, 19, 21, 23, 24, 27, 34), de périostite simple dans lesquels la suppuration tympanique a persisté pendant une à deux semaines après guérison de la tuméfaction rétro et sus-auriculaire, ou ouverture de la collection sous-périostée.

Le « siège de la tuméfaction » a encore moins de valeur. En effet dans presque tous mes cas celle-ci était mastoïdo-temporale (comprenant la partie basale de la mastoïde, ou toute la mastoïde, et plus ou moins de région temporale) et non pas seulement temporale. En outre, dans 3 cas (11, 26, 32) où la tuméfaction était exclusivement temporale, j'ai dû intervenir sur l'os largement lésé. Nous savons d'ailleurs la fréquence avec laquelle la cellulite de la squame accompagne l'empyème mastoïdien. Les cellules de la base mastoïdienne sont quelquefois plus infectées que les cavités mastoïdiennes elles-mêmes. Dans 4 cas de tuméfaction localisée à la région temporale je notai un œdème plus ou moins accusé de la région zygomatique et des paupières. Mais dans 2 cas (8 et 30) il s'agissait de simple périostite consécutive à de l'ostéite.

Dans les cas 3 et 12 de périostite simple je constatai une large communication entre la collection sous-périostée du conduit et la collection de la région mastoïdienne; mais la rareté de ce symptôme noté par Le Marc'hadour et Chauveau, que d'ailleurs j'ai rencontré aussi dans le cas 31, (abcès périosté consécutif à carie osseuse) lui enlève toute valeur au point de vue du diagnostic différentiel. Je trouvai également l'œdème du conduit plus ou moins accusé, aussi bien dans les cas de périostite simple que dans ceux d'empyème mastoïdien. De même, le caractère et l'intensité de la douleur spontanée et provoquée, l'existence et l'intensité de la fièvre, la précocité de la tuméfaction mastoïdo-temporale (Siebenmann) ne m'ont offert aucun criterium différentiel. Ces symptômes se rencontrent indifféremment dans la périostite simple et la périostite compliquant l'ostéite. La présence du diplocoque dans l'abcès ou dans la sécrétion de la caisse n'a aucune signification puisque j'ai trouvé ce germe avec fréquence relative, aussi bien dans la périostite simple, que celle compliquée d'empyème mastoïdien.

Donc du côté clinique, aucun symptôme qui permette de distinguer la périostite simple de la périostite avec endomastoïdite.



Mais de l'étude de mes cas, comme de ceux de Citelli un fait très important se dégage, c'est la fréquence de la périostite simple chez les enfants et les jeunes gens. Dans ma statistique, sur 39 cas de périostite mastoïdienne observés depuis les premiers mois de la vie jusqu'à 25 ans, 20 se sont comportés cliniquement comme des périostites simples. 4 appartiennent à des nourrissons (2 avec tuméfaction dure et 2 avec abcès), 4 à des enfants de la première enfance (tous avec tuméfaction dure), 9 à des enfants de la seconde enfance (4 avec abcès et 5 avec tuméfaction dure), 3 à la première et à la seconde jeunesse (tous avec tuméfaction dure).

Après 25 ans, les cas de périostite simple sont très rares. En 3 ans je n'en ai observé que 2 cas, un cas chez une femme de 38 ans et un autre chez un homme de 45 ans. Je n'en ai pas observé dans la vieillesse.

Ces données statistiques qui corroborent celles de Citelli, me conduisent aux mêmes conclusions au point de vue thérapeutique. Chez les adultes et les vieillards, pour ne pas embrouiller l'œuvre utile du chirurgien, toutes les périostites mastoïdiennes consécutives à une otite moyenne aiguë, doivent être traitées comme des mastoïdites, c'est-à-dire par l'ouverture de l'os. Chez les enfants et les nourrissons, par contre, où la périostite simple est très fréquente, il n'y a rien de menaçant, on peut pratiquer une cure d'attente pendant dix à quinze jours (traitement médical ou chirurgical suivant qu'il s'agit de tuméfaction dure ou de collection purulente et drainage de la caisse). Si après ces soins la tuméfaction ne disparaît pas, ou si la plaie mastoïdienne consécutive à l'incision de la collection ne se ferme pas en même temps que persiste l'écoulement auriculaire, on doit intervenir sur la mastoïde.

Cela est la conclusion pratique de mes observations, conclusion que je me permets de transmettre à mes collègues, pour une conduite thérapeutique plus utile et plus rationnelle dans les cas de périostite mastoïdienne.

Traduit par Lapouge.

#### BIBLIOGRAPHIE

- CITELLI. — Sur la périostite mastoïdienne des enfants et sur la périostite mastoïdienne en général, consécutive à l'otite moyenne aiguë. *Atti dell' Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania*. Série V, vol. 12, ann. 1919 et *Oto-rhino-laryngologie internationale* 1921.

- 2° Sur la fréquence particulière des périostites mastoïdiennes chez les enfants et leur importance pratique. *Bolletino Acc. Gioenia di scienze nat. in Catania* Fasc. 44, juillet 1918.
- LUC. — Périostite temporale suppurée d'origine auriculaire. *Annales des maladies de l'oreille*, etc. vol. 34, pages 317-198.
- The sub périostal temporal abscess of otitic origin, without intra-osseous suppuration. Transaction Ninths international Congress 1922. Boston, page 134.
- LE MARC'HADOUR ET CHAUVÉAU. — Contribution à l'étude des périostites du conduit auditif externe au cours des otites suppurées. *Ann. des maladies de l'oreille*.
- MYGIND. — *Arch. für ohrenh.*, vol. 83, page 260, 1910.
- OPPENHEIMER. — *New-York med Record.*, vol. 69, page 372, ann. 1906.
- RANDALL ET WHITING. — *Transact. of the amer. otol. Soc.* vol. 39, p. 406, 1906.
- SALAËS. — Mastoïdite des nourrissons. *Arch. internat. de Laryngol. et otol.*, vol. 29, page 816, 1907.
-

# FAIT CLINIQUE

---

## UN CAS D'OSTEITE DIFFUSE HYPERTROPHIANTE DU BORD ALVÉOLAIRE DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS

PAR

**SOUCHET**

et

**SURREL**

Oto-Rhino-Laryngologiste  
(Rouen).

Assistant de Radiologie  
(Hôpital Saint-Louis).

---

OBSERVATION. — M. G..., 69 ans nous est envoyé par M. Holstein, dentiste à Rouen, pour une tumeur du maxillaire supérieur. M. G..., homme robuste, en parfaite santé, n'a jamais été malade, ses parents sont morts à un âge avancé, sans histoire. Tout jeune il a beaucoup souffert des dents qui se sont cariées précocement vers l'âge de 13 à 14 ans. Depuis cette époque, ses mâchoires ont été le siège de phénomènes inflammatoires fréquents déterminés par l'infection dentaire. En 1894, à l'âge de 40 ans, un dentiste a pratiqué un sciage de ses chicots supérieurs au ras du bord alvéolaire. Les racines, laissées en place, ont été obturées, puis on a posé un dentier en caoutchouc qui a amélioré, la mastication, mais n'a pas malheureusement débarrassé complètement son porteur de poussées inflammatoires douloureuses, ayant comme point de départ les racines habitant encore les cavités alvéolaires ; à ce moment le bord alvéolaire était absolument normal.

En 1903, le malade remarque, pour la première fois, la présence d'une grosseur occupant la paroi externe de la troisième grosse molaire supérieure gauche. Cette grosseur était apparue sans aucun phénomène douloureux ; de forme arrondie, dure comme l'ivoire elle n'était le siège d'aucune douleur spontanée ou provoquée. Pendant deux années elle devait rester isolée ne gênant en rien la mastication ; peut-être même le malade l'aurait-il oubliée complètement si, pendant les années 1904 et 1905, le bord alvéolaire gauche ne s'était mis lui aussi à s'épaissir jusqu'au niveau des incisives médianes.

Au début de 1906 le premier dentier étant devenu trop petit, le malade revint trouver son dentiste qui s'étonne à ce moment de voir la mâchoire prendre de l'extension et devenir irrégulière. Avant de poser un nouveau dentier le dentiste se décide à pratiquer l'extraction des racines des trois molaires supérieures gauches qui lui semblent être la cause déterminante de l'hypertrophie du maxillaire de



son client. Malgré cette tardive opération la mâchoire supérieure augmente de volume et se déforme de plus en plus. En 1915 un troisième dentier devient nécessaire, on en profite pour faire un nettoyage complet de tous les débris radiculaires encore existants. Ces mesures n'arrêtent en rien l'évolution de l'affection, la mâchoire continue à augmenter lentement mais elle augmente toujours ; de sorte que M. G... vient voir un nouveau dentiste qui nous l'adresse le 10 mars 1923.

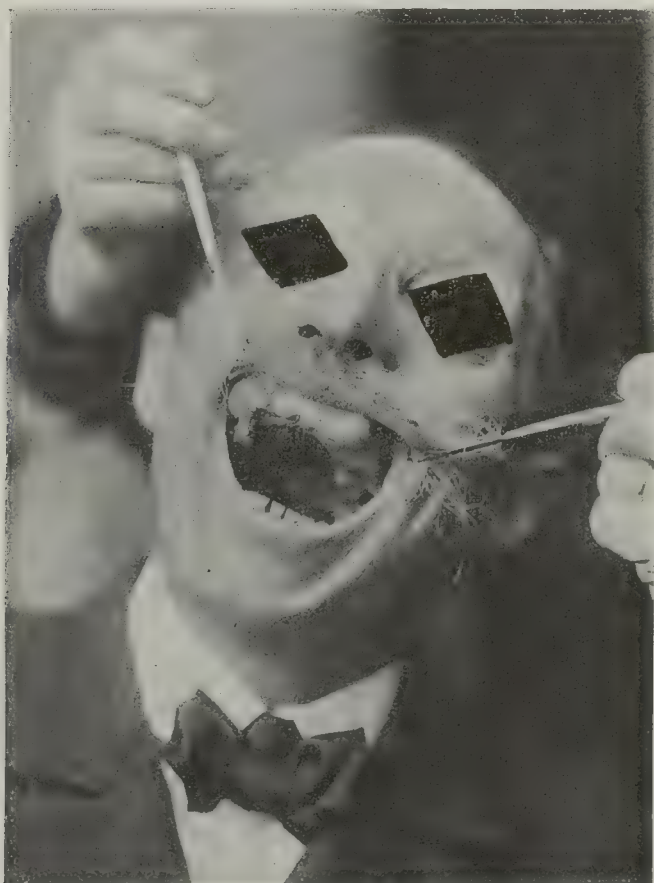


FIG. 1.

Au moment de l'examen le bord libre du maxillaire supérieur est le siège d'une hypertrophie énorme, diffuse, irrégulière qui l'a envahi dans sa totalité et qui fait songer à une mâchoire atteinte de léontiasis ossea. L'examen de la face vestibulaire de l'os permet de

constater la présence de trois volumineux ostéomes développés au dépend de la paroi externe des alvéoles des : 3<sup>e</sup> molaire supérieure gauche, canine gauche, canine droite. Ces trois ostéomes rappellent l'aspect tubéreux de trois petites pommes de terre qui seraient accolées sur la face vestibulaire du bord alvéolaire, leur volume est



FIG. 2. — Radiographie du maxillaire supérieur gauche (profil).

inégal, leur forme arrondie ils sont recouverts comme le reste de la mâchoire par une muqueuse de teinte gris rosée qui semble décorée par endroit. La face buccale paraît moins bouleversée dans son aspect que la face précédente, elle est soulevée irrégulièrement par des saillies plus lisses, plus aplaties qui se prolongent à un travers

de doigt environ sur le palais dur sous forme d'un bourrelet mamelonné. Le bord dentaire présente un élargissement massif éléphantiasique qui atteint à gauche au niveau de l'extrémité postérieure de l'arcade dentaire 5 centimètres de largeur, 3 centimètres au niveau de la région des incisives 2 centimètres au niveau de la première molaire supérieure droite. Le bord dentaire est édenté dans sa presque totalité sauf à droite où existent encore, la canine, la 2<sup>e</sup> prémolaire et la 1<sup>re</sup> grosse molaire.

La palpation montre que l'os est dur, uniformément dur dans sa totalité il est absolument impossible en effet de déceler dans cette massive production osseuse autre chose qu'une dureté d'ivoire.

**Examen radiographique.** — Les radiographies montrent les différentes proliférations décrites dans l'observation.

La radiographie de profil a été prise pour mettre bien en relief la saillie produite au niveau de la canine supérieure gauche. Au milieu de cette saillie existe une zone sombre d'aspect floconneuse, à contours flous et irréguliers.

Sur la radiographie du maxillaire supérieur, prise en incidence oblique, on retrouve les mêmes zones floconneuses ayant l'aspect



FIG. 3. — Radiographie du maxillaire supérieur gauche et de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur (incidence oblique).



habituel du tissu spongieux, et disséminées dans le tissu du maxillaire supérieur.

Les autres radiographies montrent des lésions analogues mais situées en d'autres régions. Sur toutes on retrouve ces zones de condensation osseuse, disséminées dans le tissu osseux hypertrophié et qui a conservé sa trabéculatation.

La présence d'une déformation semblable n'altère en rien la santé et la bonne humeur du malade qui assiste sans inquiétude depuis vingt-neuf ans à l'évolution de son affection et qui paraît à l'heure actuelle uniquement préoccupé des troubles esthétiques que ses boules osseuses peuvent apporter à son visage. Nous avons conseillé de faire pratiquer une séro-réaction de Wassermann; ce conseil a été accueilli avec scepticisme par le malade que nous n'avons pas eu occasion de revoir.



Fig. 4. — Radiographie du maxillaire supérieur gauche (région de la canine).

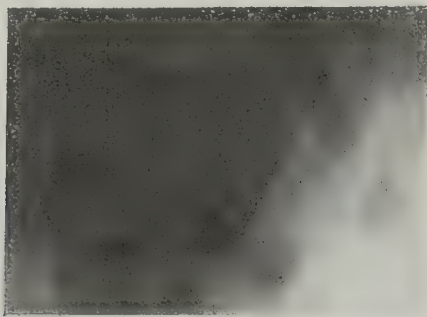


Fig. 5. — Radiographie du maxillaire supérieur gauche (région des grosses molaires).

Lorsque l'on recherche dans la littérature des cas semblables on s'aperçoit très vite qu'ils sont très rares. On sait combien les

lésions dentaires, la carie en particulier peuvent être le point de départ de lésions inflammatoires aiguës ou chroniques des mâchoires, on connaît la fréquence extrême des premières, quant aux lésions chroniques elles sont beaucoup plus rares et paraissent peut-être à cause de cette rareté avoir retenu beaucoup moins l'attention des auteurs. Le cas de notre malade entre dans le cadre de ces dernières ; il s'agit en effet d'un cas d'ostéite diffuse hypertrophiante généralisée au bord alvéolaire supérieur, déterminée par l'inclusion de racines cariées dans les alvéoles du maxillaire. Quand on relit l'histoire de ce malade on est en effet frappé de voir que son hypertrophie osseuse a commencé après l'obturation de ses racines. La rétention septique à l'intérieur des canaux radiculaires a été chez lui le point de départ d'un processus inflammatoire lent, périodontite chronique qui a com-



FIG. 6. — Moulage.

mencé par attaquer la paroi alvéolaire de la 3<sup>e</sup> grosse molaire supérieure gauche se traduisant à l'extérieur par la formation d'un dépôt osseux. Les mêmes phénomènes se sont reproduits au niveau des autres racines et c'est ainsi que l'hypertrophie osseuse s'est étendue de proche en proche pour finalement se généraliser à toute l'étendue du bord alvéolaire.

Il est curieux en outre de constater que l'avulsion des racines

cariées, par conséquent la disparition de l'agent causal même, n'a influencé en rien l'évolution de l'affection qui a continué et continue encore sa marche lente.

Au point de vue symptomatique notons enfin l'absence complète de toute douleur depuis le nettoyage définitif des débris radiculaires pratiqué en 1913. La production des couches osseuses de plus en plus épaisses n'a apporté aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle. Le malade mastique très bien avec sa large et massive mâchoire ; son seul souci est d'être obligé de faire modifier son dentier qui devient forcément trop petit à mesure que le bord dentaire s'élargit.

L'examen radiographique nous a permis de déterminer d'une façon certaine la nature de l'affection en présence de laquelle nous nous trouvions.

Nous n'avons bien entendu proposé aucun traitement pour une telle lésion, qui du fait de sa longue durée, de l'absence complète de troubles locaux ou généraux n'inquiète et ne gêne en rien son porteur.

---



# LEÇON CLINIQUE

---

## LE DEMEMBREMENT DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE. SON ATTAQUE PAR LA TRACHÉO-FISTULISATION

ETUDE DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Par **Georges ROSENTHAL**

Docteur ès sciences, ex-Chef de Clinique à l'hôpital Saint-Antoine (1).

---

Les efforts de la médecine scientifique moderne tendent à classifier les maladies non d'après un symptôme prédominant ou d'après une lésion macroscopique, mais d'après leur nature même. Cette classification pathogénique constitue évidemment un progrès considérable. Nous ne parlons plus d'angines rouges ou ulcéreuses ou d'angines à fausses membranes, mais nous disons angine aiguë à streptocoques, angine de Vincent ou angine à bacilles de Loeffler. Nous ne parlons pas de fièvre continue, mais de dothiénenterie et d'affections à bacilles d'Eberth ; la fluxion de poitrine s'efface devant la pneumococcie, etc...

Au niveau du larynx nous notons les infiltrations, ulcérations, œdèmes, végétations, etc., nous diagnostiquons polypes simples, tuberculose, syphilis ou néoplasie laryngée ; la biopsie nous donne un diagnostic précis dans les cas douteux ; nous réunissons ainsi tous les cas dus à une même cause.

Ces classifications étiologiques et pathogéniques constituent un progrès clinique considérable. Mais dans une étude antérieure (*Vie Médicale*, 1922, p. 131), nous avons insisté sur les conséquences en thérapeutique de cette classification des maladies.

Le progrès clinique sera un progrès thérapeutique si, à une infection correspond un traitement toujours identique au moins dans les grandes lignes. Il s'agit de syphilis par exemple ; vous aurez recours au mercure, à l'arsenic et au bismuth comme à

---

1. Hôtel-Dieu. Enseignement du Service du Dr Causade (Leçons du mercredi).

l'iode selon vos préférences quelles que soient les localisations de plus en plus étendues et variées du tréponème. Goubeau revient aux traitements mixtes dans des recherches récentes. S'il s'agit de diphtérie, le sérum de Roux reste l'arme admirable que vous connaissez pour l'angine, la conjonctivite ou la laryngite à bacille de Löffler, en un mot pour toutes localisations ou syndromes dus au bacille spécifique.

Mais il n'en est plus de même si l'infection dans l'état actuel de la science n'a pas encore trouvé son remède spécifique. La fièvre typhoïde ne reconnaît pas le même traitement que l'ostéite typhique si sensible aux vaccins (P. E. Weil). Quelle différence considérable entre une même lésion tuberculeuse répartie entre les deux poumons ou unilatérale et curable par l'admirable méthode de Forlanini, etc., que vous me voyez pratiquer tous les lundis dans le service (1) ! Aussi s'il est indispensable en pathologie interne de marquer le stade pathogénique des groupements scientifiquement homogènes, il est nécessaire de dépasser ce stade et d'arriver à un nouveau démembrement des malades en groupant les subdivisions curables par un même traitement sous l'idée directive du *démembrement de clinique thérapeutique*. Il nous paraît donc utile dans chaque maladie sans traitement spécifique et d'une façon provisoire ; mais les malades n'attendent pas d'établir des subdivisions en groupant les cas justiciables à l'heure présente d'une même thérapeutique efficace.

D'aucuns reprochent à cette orientation utilitaire de la pathologie interne sa nécessaire variabilité et son perpétuel remaniement ; ils craindront de ne pas faire œuvre durable. Cette objection ne nous arrête pas. Le groupement des cas en séries curables par tel ou tel procédé ou provisoirement justiciables d'un traitement uniquement palliatif précisent les problèmes de thérapeutique, vrai but de nos efforts et orientera vers des buts précis les efforts effroyablement anarchiques à l'heure présente des savants modernes.

Revenons maintenant à la question de la laryngite tuberculeuse. Nous sommes convaincus, comme nous l'écrivions précédemment, que le progrès exige le démembrement de la tuberculose laryngée. Pourquoi ? Parce qu'en absence de traitement spécifique, il est indispensable de diviser les cas d'après les thérapeutiques actives que nous avons à notre dis-

1. Il faut faire des réserves sur le fait (Hervé) que, au sanatorium, le pneumotorax artificiel peut améliorer des cas bilatéraux.

position. Il n'en restera malheureusement que trop au-dessus de notre action : cette constatation ne sera plus pour nous alors un simple regret. De la comparaison des formes curables et des formes incurables jailliront des conceptions nouvelles ; il se fera un travail de pointage qui peu à peu agrandira notre champ d'action. Nous verrons par exemple que maint de nos malades aurait guéri s'il avait été soumis à un traitement plus précoce, plus puissant, moins aléatoire, plus complet ; la notion s'imposera, féconde en tuberculose laryngée, d'un traitement précoce et suffisant. Notre *trachéofistulisation* rendra à ce point de vue les plus signalés services. Nous venons de dire en l'absence de tout traitement spécifique : et pourtant les efforts abondent ; l'héliothérapie réclame son territoire ; les Jousset, Bossan, Grimberty, comme Marmorek autrefois et Vallée d'Alfort continuent de remarquables travaux, Jacobson a vu recommander son éther benzylcinnamique par des maîtres comme Janselme et Darier, et Cathelin à la Société de Médecine apportait naguère d'importants documents. Castaigne de même recommande dans la tuberculose rénale les *Imnün-Körper* de Spengler de Davos : nous le savons. Ce sont là de grandes et légitimes espérances ; toutefois aucun de ces savants ne peut se formaliser si nous considérons leurs techniques comme un élément intéressant, mais insuffisant encore pour atteindre le but proposé. Nous serons heureux de changer d'avis dès qu'il sera possible.

\*  
\* \*

Avant de jeter un coup d'œil rapide sur les formes cliniques de la laryngite tuberculeuse envisagée d'après l'idée directrice de la clinique thérapeutique, énumérons nos moyens d'action(1). Ils sont formés essentiellement d'arrosages du larynx à l'aide de diverses substances, de pulvérisations et d'aspirations (technique de S. Leduc, de Robert Leroux et d'Henry Meyer), de cautérisations chimiques ou ignées, d'amputations partielles et d'ablations sanglantes (Heryng), de mise au repos de l'organe avec occlusion trachéale par la trachéotomie, de mise au repos incomplète avec voie vicariante respiratoire transcutané trachéale par notre trachéofistulisation ; il faut y ajouter les diverses radiations et

1. Un article de plan général ne saurait entrer dans tous les détails. Donc le lecteur se rapportera à l'excellent livre de Collet, aux articles des grands traités, en particulier celui des quatre professeurs et surtout au livre si clinique de de Parrel qui est en oto-rhino-laryngologie le livre de chevet du praticien.



surtout la puissante *héliothérapie*. Récemment encore, Blegvad (de Copenhague) dans la *Revue de Moure* (28-2-23) proposait un traitement général de la laryngite tuberculeuse par le bain de lumière, la galvanocaustie et les cautérisations chimiques ; mais il ne divise pas ses cas : d'où diminution d'intérêt de son important mémoire.

Les lésions, vous le savez, sont multiples ; nous y trouvons les variétés les plus grandes, inflammation générale diffuse, ulcérations, infiltrations, végétations, arthrites, œdème spécifique à bacilles de Koch, tantôt avec sécrétions abondantes des voies respiratoires profondes, tantôt avec sécrétion minime, tumeurs bacillaires, etc... La lésion laryngée accompagne le plus souvent une lésion pulmonaire d'importance considérable ou minime. Or, d'emblée deux principes généraux se posent :

*Le premier*, tout à fait évident et classique : un traitement général sera mis en œuvre même si le poumon — cas assez fréquent — est entièrement indemne, cicatrisé ou peu atteint. Nous n'y insistons pas car la question, évidente par elle-même, mériterait une longue étude.

*Le deuxième* est un principe de clinique pathogénique. Tout traitement de laryngite tuberculeuse doit commencer par une cure de la sécrétion bronchique et le meilleur moyen de combattre cette sécrétion est l'injection intratrachéale vraie, comme nous l'avons toujours soutenue, c'est-à-dire avec cathétérisme de la glotte (*La Clinique*, étude d'ensemble de l'injection intratrachéale, juin 1922. *Paris-Médical*, 12 avril 1922) et soumise aux indications classiques. Ce traitement préalable de l'expectoration infectante et virulente prime et dirige notre conduite. Si le larynx tuberculeux appartient à un tuberculeux pulmonaire, le crachat tuberculeux empêche toute cicatrisation et réinocule perpétuellement le larynx. Le résultat n'appartient qu'à la *haute dose* et tant que nos travaux ne seront pas adoptés, l'injection intratrachéale paiera d'un dédain injustifié les techniques insuffisantes ; car les injections sus-glottiques, même si elles sont pénétrantes (?) (Claisse et Caussade) restent inefficaces par leur trop faible posologie (en dehors bien entendu d'introduction d'agents spécifiques où la loi du volume ne joue pas). Une cure intensive d'injections intratrachéales vraies poussées jusqu'à la haute dose de 15 à 20 centimètres cubes sous contrôle laryngoscopique après anesthésie cocaïnique est capable de suspendre les expectorations virulentes ; elle donne la possibilité aux interventions dont elle est la condition nécessaire. Cette cure doit être lente, patiente,

méthodique. Elle utilise l'huile goménolée à 5 ou 10 % qui en est la base (5 à 20 c. c.) et s'additionne d'une ampoule d'iode électrochimique colloïdal dont le professeur Pouchet a bien étudié la valeur générale et qui localement reste un bon topique. Plus tard vous ajoutez 1 à 2 centimètres cubes de lipiodol dont Sicard et ses élèves ont étudié l'opacité aux rayons X ; le lipiodol est un médicament d'emmagasinement iodé, tandis que l'iodéol est une médication d'iodisation intensive. Ces injections goménolées et iodées ont d'ailleurs également une action générale non négligeable.

Loin d'être limitée à quelques rapides manœuvres, la cure d'injections intratrachéales sera poursuivie tant que l'amélioration qui lui est due s'accroît. Cette première phase de traitement permet quelquefois des régressions inespérées ; elle aboutit le plus souvent au nettoyage de l'organe. Le larynx n'est plus sale ; vous pouvez utiliser le traitement curateur. Je me suis bien fait comprendre ; les interventions sur le larynx ont comme condition première l'épuration du crachat par la haute dose intratrachéale. Dès lors faites votre bilan et séparez rigoureusement les *formes diffuses* à lésions profondes, les *formes diffuses* à lésions superficielles de nature bacillaire douteuse, et les *formes localisées* que nous allons classer plus loin d'après les auteurs classiques, mais toujours sous notre point de vue des traitements curateurs possibles.

## I

A) Même lorsqu'elle semble purement catarrhale, la *laryngite tuberculeuse diffuse*, non ulcéreuse, n'est pas absolument superficielle. Le bacille de Koch ne donne pas une infection de surface comme peuvent le faire le *Micrococcus Catarrhalis* ou le bacille de Pfeiffer que nous avons montré il y a plus de vingt ans être le microbe le plus banal des voies respiratoires laryngo-trachéales (notre thèse, Paris, 1900) ; rapidement, il se retranche dans les altérations folliculaires nécrotiques (Prof. Bezançon et Letulle, *Presse Médicale*, 1922). Dans les formes diffuses superficielles il faut appliquer un traitement par l'héliothérapie (voir le mémoire récent de Blegvad pour l'action de l'héliothérapie artificielle générale), comme par les topiques capables de réveiller l'activité vitale de la muqueuse ; vous cautérisez avec soin les petites exulcérations. C'est le cas de recourir à l'acide lactique, l'acide trichloracétique ; vous mettez en œuvre les ressources des rayons

ultra-violets produits par les lampes de quartz qui ne les absorbent pas et réfléchis par les miroirs en nickel ; usez de l'héliothérapie moins simple à mettre en pratique. Lisez Aimes, Kowler (de Menton), Legourd (de Lamotte-Beuvron) et vous apprendrez que l'héliothérapie est une médication biogène de premier ordre, mais à action locale malheureusement superficielle. J'ai appliqué localement en pareil cas avec utilité la solution de terres rares dans la gomme arabique que A. Fournier a préparée sur ma demande ; de même l'iode colloïdal électro-chimique m'a donné des résultats intéressants.

b) *La laryngite tuberculeuse à forme d'ulcérations superficielles* marque la transition entre la laryngite bacillaire catarrhale et les formes localisées. Souvent une ulcération petite a passé inaperçue dans le larynx sale du malade ; elle se détachera lorsque la cure d'injection intratrachéale vraie, temps préparatoire de toute cure de laryngite bacillaire, aura obtenu son nettoyage. Nous y reviendrons dans le plan d'études des laryngites localisées.

c) Si la cure d'air et de soleil à la montagne malgré les brillants résultats de Rollier à Leysin, comme de Hervé aux Escaldes, station française, est de faible action sur la laryngite tuberculeuse superficielle diffuse, son action est tout à fait insignifiante dans la laryngite tuberculeuse ulcéreuse diffuse, à lésions multiples, forme clinique la plus décourageante pour le thérapeute. Toutefois nous devons sérier de la manière suivante :

1° *Les cas de laryngite tuberculeuse ulcéreuse diffuse terminale* qui s'installent et évoluent en fin de phtisie pulmonaire. Le problème est alors pulmonaire et non laryngé. Ce sont les médications générales de la tuberculose qui, plus tard, pourront peut être solutionner le problème. Il s'agit de cas perdus ; l'avenir scientifique est de limiter de pareils désastres qui seront encore longtemps au-dessus de nos efforts.

2° *Les cas de laryngite tuberculeuse ulcéreuse diffuse d'emblée* qui surviennent par ensemencements multiples simultanés du larynx. Ils correspondent à l'absence de traitement actif général et local, à la méconnaissance de l'action sur l'expectoration inoculatrice de l'injection intratrachéale vraie, d'ailleurs souvent délicate à mettre en œuvre, comme à des cas malheureux aujourd'hui difficiles à combattre. Ils relèvent des médications générales.

3° Les cas les plus nombreux de *laryngite tuberculeuse ulcéreuse diffuse progressive* s'observent chez des malades qui ont présenté pendant plusieurs mois une des formes localisées simples ou à lésions multiples mais isolées que nous étudions plus loin.



L'indifférence ou l'inconfiance thérapeutiques des médecins, l'absence de méthodes de lutte, l'emploi de procédés insuffisants et de techniques dont on ne sait l'incapacité déguisée ou le désir de provoquer le départ du malade découragé, comme aussi l'échec de notre science imparfaite sont le plus souvent la cause de cette généralisation par extension ou de greffe *in situ*. Une infiltration ulcéro-végétante interaryténoïdienne a gagné de part et d'autre et se double d'œdème spécifique aryténoïdien ; une ulcération d'une corde s'étend en avant et en arrière, contamine la région aryténoïdienne et la deuxième corde, jusqu'alors intacte ; puis sont intervenues l'infiltration pseudo-œdémateuse de Doléris, péri-chondrites et arthrites, etc. ; et l'incurabilité est irréparable. Il importe que de tels faits deviennent de plus en plus rares, et ils le deviendront lorsque la laryngite tuberculeuse ulcéro-végétante diffuse par étapes successives, sera à la laryngite tuberculeuse initiale ce qu'est la péritonite purulente à l'appendicite ou à l'ulcus stomacal, c'est-à-dire la signature d'une médication mal conduite ou d'un échec dû à la gravité et la complexité du cas clinique. Nous n'apportons pas une panacée, mais de simples efforts méthodiques pour améliorer et guérir quelques-uns de nos malheureux malades.

\*  
\* \*

*Dans les cas de laryngite diffuse ulcéreuse, la conduite médicale doit être de tenter de ramener cette forme clinique à une laryngite bacillaire à plusieurs lésions localisées.*

Vous utiliserez le traitement général et procéderez doucement à la mise en œuvre de l'injection intra-trachéale. Les cures successives des divers traitements de chimiothérapie générale vous feront employer par séries : l'éther benzyl-cinnamique de Jacobson, le manganate calcicopotassique de Melamet, notre solution saturée de glucose et saccharose en injections intraveineuses de 10 à 20 centimètres cubes (trois par semaine), les terres rares de Grenet et Frouin, les vaccins de Bossan, etc., comme l'héliothérapie naturelle ou artificielle agissant sur l'ensemble des téguments. Localement l'huile goménolée douce et bienfaisante sera utilisée en pansements sus-laryngés, puis intralaryngés, plus tard intratrachéaux. Soyez prudents et gardez-vous de traumatiser vos larynx en mauvais état. Hélas, que de fois nous assisterons impuissants à la descente progressive de nos infortunés malades, constatation faite, non pas pour continuer l'abstention dissimu-

lée d'autrefois, mais pour entreprendre une révision de notre conduite thérapeutique qui, en matière de laryngite bacillaire, doit être active, précoce, suffisante et non illusoire comme elle est encore le plus souvent.

## II

*En laryngite tuberculeuse la lutte doit donc s'attacher à la laryngite localisée.* Elle doit être précoce, énergique, suffisante et tenace ; elle doit envisager le problème avec toute sa difficulté pour le résoudre quelquefois, pour n'abandonner la lutte que devant l'impossibilité du résultat. Elle le peut aujourd'hui par la *trachéo-fistulisation*.

C'est là le point préliminaire qu'il nous faut répéter tant que l'unanimité des laryngologistes ne l'aura pas consacré. Nous y avons souvent insisté : une attaque destructive nécessaire de la lésion localisée capable d'amener la guérison radicale (*Paris Médical*, 31 mars 1923 ; *Journal médical français* « L'attaque du poumon », mai 1920 ; *Concours Médical*, octobre 1920) n'est possible que si le médecin n'a pas à redouter un spasme de la glotte et la mort par asphyxie du patient. Cette première proposition est évidente.

Deuxième proposition : la trachéotomie préalable préconisée dans ce sens par différents auteurs est aujourd'hui abandonnée parce qu'elle est mutilante, cérébro-sthéniante. Elle crée tristesse et désespoir ; elle est infectante par la respiration canulaire brutale, par la création du cul-de-sac laryngocanulaire qui interrompt le tractus respiratoire. La conclusion est que le laryngologiste évite la trachéotomie et laisse périr le malade (professeur Vires).

Notre trachéofistulisation résout le problème et cela qu'elle soit appliquée comme mesure préventive ou qu'elle reste à la disposition du médecin qui l'applique en temps opportun. Cette trachéotomie en miniature (canule 00 à longneur et courbure d'adulte) crée, en l'absence des crachats épais supprimés dans un temps préalable par notre injection intratrachéale vraie, une respiration de suppléance capable de compenser le spasme de la glotte. Sous sa protection efficace et simple qui laisse la voix, qui autorise l'expectoration buccale, le médecin est désormais libre de ses gestes, il pourra faire le nécessaire (1). Nous ne reve-

1. Les travaux de notre collaborateur sur la trachéofistulisation lui ont valu le prix Bellion à l'Académie des sciences.

nous pas sur la technique de la trachéofistulisation qui se fait aisément à l'anesthésie locale (*Journal Médical français*, mai 1920; *Vie Médicale*, 1922, p. 1311) comme sa sœur aînée, la trachéotomie classique; nous voulons seulement présenter l'orientation générale en clinique thérapeutique du traitement de la lésion tuberculeuse laryngée localisée. *A ses débuts la lésion du larynx est en général destructible dans son ensemble* et cette destruction donne la cure radicale immédiate. Les sièges en sont multiples et il faut séparer les différents aspects vus au laryngoscope.

Le bacille de Koch a pu s'installer aux sièges de prédilection suivants :

a) *L'infiltration ulcéro-végétante interaryténoïdienne* est une localisation précoce et fréquente. L'accord des auteurs est unanime sur ce point. Voyez les livres de Collet et de Parrel si utiles à consulter et si didactiques, voyez le traité récent de quatre professeurs, consultez la bibliographie des *Archives Internationales de Chauveau* continuées par Lemaître et Baldenweck; vous y verrez comment cliniquement, histologiquement, bactériologiquement, on arrive à cette conclusion que le crachat bacillifère stagnant à l'entrée du larynx inocule la muqueuse directement et contamine les glandes et amas lymphoïdes en L de la région postérieure du vestibule laryngien. Les plis de la muqueuse, l'activité de l'espace interaryténoïdien pendant la phonation, la toux, la stagnation des mucosités pendant le décubitus dorsal, la pachydermie interaryténoïdienne de Virchow, l'état velvétique d'Isambert sont parmi les causes essentielles de cette localisation.

C'est pourquoi nous avons choisi cette forme clinique initiale pour en faire la base du démembrement de clinique thérapeutique de laryngite bacillaire (*Courrier Médical*, 1922, p. 321). Nous avons insisté sur la technique pour obtenir la cure radicale de la lésion.

La conduite doit être centrée sur la destruction au galvano-cautère des végétations et de l'infiltration bacillaire. Mais ce point essentiel appelle plusieurs remarques.

1° Il est impossible, nous le savons, de faire une cautérisation s'il y a expectoration purulente et contaminante. Donc la cure d'injections intra-trachéales préalable sera mise en œuvre selon les principes énoncés.

2° Encore qu'une lésion bacillaire ne soit pas une lésion maligne, il est néanmoins indispensable que la lésion soit détruite dans la presque totalité; et pour détruire une lésion, il faut non seulement la voir mais pouvoir l'atteindre aisément. C'est pour-



quoi nous ne cessons de répéter que si la cautérisation peut souvent se faire au miroir laryngien ; souvent aussi, quelle que soient l'habileté, la science et la dextérité du laryngologiste, la laryngoscopie indirecte ne suffit pas. *Il faut sortir des thérapeutiques illusoires* : il importe désormais que les efforts de Mermod et Lubet-Barbon créateurs de la galvanocaustie laryngée efficace dont on trouvera l'exposé dans l'excellente thèse de Dubos (*Thèse de Paris, 1917, n° 19*) ne soient pas vains. Pour que la galvanocaustérisation destructive nous amène à la cure radicale possible de la lésion fatalement mortelle sans traitement suffisant, il faut se pénétrer de la phrase de Mermod (Société de Laryngologie, 1904) :

« Il ne faut pas craindre, dit Mermod, de cautériser énergiquement, non en surface, mais surtout en profondeur ; il ne faut pas cautériser pour brûler et pour qu'il soit dit qu'on a essayé quelque chose, mais il faut détruire autant de tissu que possible. La réaction inflammatoire nous a paru d'autant plus forte que l'intervention a été timide. » Nous signalions dans notre article de la *Vie Médicale* des cas où il nous est arrivé de voir nos malades dans les jours suivants la cautérisation avaler de travers les boissons par destruction du rebord interaryténoïdien. Si la laryngoscopie indirecte ne nous donne pas la sécurité d'avoir détruit toute la lésion et si vous en avez la possibilité adressez-vous à l'admirable laryngoscopie en suspension, méthode encore d'exception mais qui se généralisera pour le grand bien de nos malades au fur et à mesure que l'instrumentation en deviendra moins pénible et moins compliquée.

Encore une fois, il faut en finir avec le traitement illusoire ; car, l'infiltration interaryténoïdienne peut descendre le long de la paroi postérieure du larynx même au-dessous du niveau des cordes vocales et votre devoir est de l'atteindre.

Nous avons insisté précédemment sur l'utilité du cautère en spirale de Lubet-Barbon et nous avons montré qu'il fallait se défier des cautères montés sur tiges flexibles souples qui ne sont que difficilement pénétrants ; ils sont repoussés par les lésions et peuvent n'y pas pénétrer.

b) A l'opposé de la région interaryténoïdienne, vous trouverez l'atteinte bacillaire moins fréquente de l'épiglotte. *L'épiglottite bacillaire* a souvent bénéficié d'une amputation faite à l'instrument tranchant avec de bons résultats. Ce point appelle quelques observations.

Il importe certes avant tout de supprimer tout le tissu tubercu-

leux. L'amputation à l'emporte pièce peut donc donner satisfaction ; il n'en reste pas moins toujours une plaie dangereuse chez un sujet qui a précédemment inoculé par ses crachats bacillifères une exulcération minime ; il semble donc plus logique soit de détruire l'épiglotte au galvano, soit de cautériser au galvano la section faite à la pince coupante. Les laryngologues ont remarqué que les amputations de l'épiglotte par manœuvre thérapeutique de même que sa disparition au cours de la syphilis du larynx amenaient peu de changements dans le mécanisme de la déglutition : le fait méritait d'être noté.

c) *Les replis aryépiglottiques, les cordes vocales supérieures* sont le siège également de la laryngite tuberculeuse localisée au vestibule. Lésions limitées aisément accessibles, elles peuvent bénéficier de traitement en deux stades :

Cure préalable de désinfection par l'injection intra-trachéale ;

Galvanocautérisation à la *Mermod-Lubet-Barbon*, sous prophylaxie du spasme par la trachéo-fistulation.

d) Il reste hélas des lésions vestibulaires fréquentes et difficilement destructibles. Ce sont les vestibulites circulaires du larynx et surtout les tuméfactions en grains de raisin des régions aryténoïdiennes souvent accompagnées d'arthrites crico-aryténoïdiennes et d'ulcérations superficielles. On sait maintenant que ces œdèmes ne sont pas purement mécaniques mais correspondent à une germination bacillaire diffuse. Doléris le soutint dès 1877.

Ces lésions graves sont souvent cause de cette dysphagie si pénible et si inquiétante que l'alcoolisation du laryngé supérieur (lire *Halphen, Paris Médical*) ne permet pas toujours de soulager. Souvent une ulcération superficielle fut le point de départ de cette évolution malheureuse qu'une cautérisation énergique et suffisante aurait pu juguler.

Les cures de repos du larynx par le silence, les traitements généraux mis en œuvre ont malheureusement peu d'effet. L'héliothérapie n'est pas suffisamment pénétrante, la galvano-cautérisation quelquefois utilisable aurait trop à détruire. La trachéofistulation s'impose quitte, si nécessaire, à remplacer la canule classique par notre canule de trachéotomie en miniature.

Un exposé comme le nôtre n'a nullement la prétention de proposer même une solution pour chaque cas. L'œdème aryténoïdien avec dysphagie, qu'il soit un des éléments de la laryngite diffuse ou qu'il constitue une forme clinique séparée de la laryngite vestibulaire localisée, est un sujet de recherches que les auteurs auront à étudier avec d'autant plus de soins que cette lésion est

rebelle et pourra servir de test aux progrès de la thérapeutique

e) De grandes difficultés de thérapeutique se présentent également pour l'étude des lésions des cordes vocales vraies. Ici une lésion même minime prend une importance spéciale pour les troubles de la voix ; mais il s'ajoute à ce point la nécessité pour la thérapeutique d'être économe, c'est-à-dire d'éviter toute destruction de tissu qui abolirait l'importante fonction vocale. Aussi faut-il se contenter d'adjoindre au traitement général des topiques chimiques (comme les acides lactique ou trichloracétique) ; des agents physiques, comme les rayons ultra-violets utilisés il y a déjà longtemps par Foveau de Courmelles, comme l'héliothérapie qui malheureusement n'a pas plus d'action en profondeur que les préparations iodées utiles en surface.

La trachéofistulation temporaire en supprimant toute crainte de spasme de la glotte, arme préventive ou de réserve, est un précieux auxiliaire du traitement et élargira l'utilisation des cautérisations chimiques ou galvanocaustiques précédentes.

f) La périchondrite du cricoïde avec sa dyspnée et sa dysphagie graves est une forme de laryngite bacillaire localisée en apparence. Mais en réalité cette forme grave est la conséquence de l'évolution progressive d'ulcérations bacillaires ; et il est à espérer que dans un avenir prochain la recherche méthodique et précoce des ulcérations sous-glottiques avec comme corollaire leur destruction ignée et non leur attouchement illusoire, enrayeront des évolutions aussi désastreuses.

Il faudrait encore faire une place à part aux lésions du ventricule de Morgagni que le miroir laryngien ne montre pas et aux lésions sous-glottiques qui mériteraient une étude précise. La voie rétrograde par incision des premiers anneaux de la trachée serait à discuter d'après des travaux récents.

De même nous ne pouvons envisager les atteintes bacillaires des cartilages (1), les adénites pré-laryngées bacillaires ou les formes rares comme la tuberculose hypertrophique du larynx dont Avelis déjà réunissait environ 40 cas et dont Portman (de Bordeaux) faisait récemment une monographie dans la *Presse médicale*. La tumeur bacillaire relève de la chirurgie.

La question si intéressante de la *laryngofissure* est également à réserver ; car si elle permet un examen attentif du larynx, plus

1. La périchondrite, dit Collet, est toujours le résultat d'une ulcération tuberculeuse gagnant en profondeur, ainsi que l'ont affirmé Trousseau et Belloc. L'arthrite purulente cricoaryténoidienne est une complication de la périchondrite des aryténoïdes, sans doute par infection secondaire.

d'un reculera devant l'importance de cette intervention chez le bacillaire. « D'une façon générale, dit Collet, la thyrotomie est à essayer dans tous les cas où on a été obligé de trachéotomiser, surtout si on se trouve en face de lésions circonscrites dont l'extirpation totale paraît possible, coexistant avec un bon état général. »

### III

Dans cet exposé général nous n'avons eu, en somme, que le désir de regrouper les lésions bacillaires du larynx au point de vue thérapeutique, en pointant les localisations justiciables d'une conduite réglée connue ; celles où la conduite du traitement est incertaine, échappent aux moyens actuels. Cette carte est toute provisoire ; mais combien elle précise le champ des recherches. Combien une telle étude donne l'espérance de prochains remaniements par le perfectionnement des techniques.

Dès aujourd'hui nous demandons à nos collègues comme à nos maîtres de ne plus considérer la laryngite tuberculeuse comme une maladie une et indivisible. Une telle conception qui est malheureusement classique s'oppose au progrès thérapeutique, annule toute statistique puisque les auteurs ne parlent pas la même langue, et que leurs efforts s'adressent à des cas différents. Publiions et étudions des cas d'épiglottite bacillaire, d'infiltration interaryténoïdienne à bacilles de Koch, de chondrite supérieure ou inférieure avec ou sans crachats bacillifères, de tuberculose hypertrophique, de chondrite ou de laryngite diffuse ; cherchons les lésions initiales destructibles, les cures préalables prophylactiques, etc... Ainsi le problème pourra se sérier ; les discussions pourront être utiles ; la documentation sera précisée. Du bilan qui opposera les cas durables et ceux au-dessus de nos ressources naîtront des recherches précieuses qui aboutiront à la restriction progressive des cas incurables par l'application de méthodes rigoureuses, sous la garantie de notre trachéofistulation.

---



# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## ONZIÈME RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ SUISSE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

(tenue à Soleure les 30 juin et 1<sup>er</sup> juillet, 1923)

Sous la présidence du Dr Guyot (Genève).

### 1. — BARRAUD (Lausanne). — Notes sur un cas de méningite guérie.

Un garçon de 13 ans est pris soudainement de violents maux de tête, de vertiges, de vomissements avec frissons et forte fièvre. Objectivement, on trouve une sinusite maxillaire double aiguë, un Kernig positif, un Babinski négatif et des réflexes tendineux exagérés. La pression rachidienne est très élevée, le liquide céphalo-rachidien tout à fait trouble ; on trouve dans ce dernier : 80% de lymphocytes. 18% de polynucléaires et 2% de gros mononucléaires. Le Nonne est positif ; méningocoques absents. Pendant deux mois et demi, état sans changement notable, malgré les ponctions lombaires répétées tous les deux jours. Des injections de sérum antiméningococcique améliorent un peu la situation, mais, de temps en temps, réapparition de la raideur de la nuque. Après découverte dans le liquide de « coryne bactérium pseudo diphthérique », on fait plusieurs injections sous-cutanées et intra-rachidiennes de sérum anti-diphthérique, mais sans résultat immédiat. Cependant, après cinq mois de ponctions lombaires, le petit patient guérit complètement. Depuis une année, la guérison s'est maintenue sans séquelles d'aucune sorte. La nature et l'origine vraie de cette méningite sont restées inconnues, mais M. Barraud n'a pas hésité à en parler à ses confrères, car une fois de plus, ce cas a démontré qu'il ne faut jamais désespérer de rien, même quand on est en présence d'une méningite aussi caractérisée.

### II. — BIGLER (Zurich). — Anomalies de la trachée et des bronches.

M. Bigler montre des radiographies faites après introduction de sondes opaques dans les bronches, et en particulier dans la bronche du lobe supérieur droit qui parfois débouche au-dessus de la bifurcation habituelle. Ce procédé est facile à exécuter et permet de faire le diagnostic différentiel entre des diverticules des bronches et les vraies bronches. Il parle en détail de la signification embryologique de ces anomalies.

*Discussion.* — OPIKOFER (Bâle) a observé qu'il n'est pas très rare de

trouver à l'autopsie la bronche du lobe supérieur droit avec point de départ très haut placé.

### III. — HUG (*Lucerne*). — Des goîtres intra-trachéaux.

Une jeune fille de 18 ans, souffrait depuis quatre ans de dyspnée surtout à l'effort. Extérieurement pas de goitre, mais au laryngoscope et au trachéoscope, il trouva à la hauteur des 1, 2 et 3<sup>e</sup> anneaux de la trachée, sur la paroi postérieure, une petite tumeur sessile allongée, ovale et de couleur grisâtre. Enlèvement de la tumeur par crico-trachéotomie. Guérison per primam. L'examen anatomo-pathologique a démontré qu'il s'agissait d'un goître col loïde.

*Discussion* : BRUNSWICH (*Fribourg*) a vu un cas identique, mais un traitement à l'iode de potassium a tout fait rentrer dans l'ordre.

### IV. — BARBEY (*Genève*). Radium et épithélioma de l'hypopharynx.

Un cas de carcinome très avancé du pharynx a été amélioré temporairement ; un deuxième cas d'épithélium spino-cellulaire de la région cellulaire de la région sous-amygdalienne traité sans succès par les Rayons X, a été par contre fort amélioré par le radium. M. Barbey montre les aiguilles et le procédé qu'il a employés.

*Discussion* : FREY (*Montreux*) a employé le même procédé dans un cas de cancroïde sub-lingual. Depuis une année, la tumeur a complètement disparu, mais par contre une brûlure assez profonde a gêné le malade des mois durant.

OPPIKOFE (*Bâle*) n'a eu, jusqu'à ce jour, qu'une seule guérison qui persiste depuis 4 ans, sur 30 cas inopérables qu'il a traités au radium. Par contre, il reconnaît qu'il a eu des résultats brillants dans les cas de lupus des muqueuses.

BARRAUD (*Lausanne*) recommande beaucoup d'enlever opératoirement auparavant tous les ganglions et de moins se servir de grosses doses de radium, que de multiplier, autant que faire se peut, le nombre des aiguilles. Comme Oppikofer, il a eu des résultats brillants et constants dans les cas de lupus.

LÜSCHER (*Berne*) a traité un carcinome de l'épiglotte au moyen d'aiguilles à émanations de radium. Son malade est mort de métastase, et à l'autopsie, il a trouvé un petit reste de tumeur primaire sur l'épiglotte. Pour lui, l'exérèse est toujours le procédé de choix ; d'autre part, il met en garde de comparer les tumeurs gynécologiques avec celles de notre spécialité ; les tumeurs réagissant tout à fait différemment suivant les tissus dans lesquels elles sont implantées.

ERATH (*Genève*) n'a jamais eu de bons résultats avec la radiothérapie.

### V. WACKER (*Soleure*). — Encéphalite otogène avec symptômes typiques, d'abcès du lobe temporal.

Femme de 32 ans, a subi une opération radicale de l'oreille gauche pour cholestéatome ; 3 semaines après, est prise de céphalées, vomissements et nystagmus spontané des deux côtés. Fièvre élevée, puis

parésie du bras droit, spasme de la jambe droite, papille de stase à gauche, hémianopsie gauche, dysphagie. La ponction lombaire indique un liquide clair et stérile, mais une pression surélevée. Le Wassermann est négatif. Ensuite apparaît une parésie spastique de la jambe droite, clonus du pied et réflexes exagérés, parésie du facial inférieur gauche, mydriase à droite. Des ponctions et incisions du cerveau ont été négatives. Après trois mois, presque tous les symptômes ont disparu; il ne subsiste à l'heure actuelle qu'un peu de paraspasie, d'agraphie et d'alexie.

*Discussion :* OPIKOFE (Bâle) estime que le cas ne peut pas encore être considéré comme guéri et qu'il est possible qu'il s'agisse quand même d'un abcès du cerveau. Il a eu à faire dernièrement l'autopsie d'un de ses malades, un garçon de 14 ans, qui 13 mois auparavant avait eu tous les symptômes d'abcès du cerveau, mais chez lequel ponctions et incisions étaient restées négatives. En pleine santé apparemment, le jeune garçon fut repris de manifestations méningées et une nouvelle opération fit découvrir, trop tard, un petit abcès du cerveau. L'examen anatomopathologique démontra que cet abcès était déjà ancien.

#### VI. OPIKOFE. (Bâle). — L'amygdalectomie à la Clinique universitaire de Bâle.

Tout en spécifiant que les indications opératoires doivent être précises et la technique impeccable, M. Oppikofer expose que les 500 cas qu'il a opérés lui ont donné entière satisfaction. Comme complications, il a eu quatre cas de phlegmon du cou et 17 cas d'hémorragie, dont quatre graves, mais aucun suivi de mort.

*Discussion :* LÜSCHER (Berne) veut qu'on remplace le terme de phlegmon du cou par phlegmon peri-amygdalien. Siebenmann (Bâle) croit que ces infections post-opératoires proviennent souvent des injections anesthésiques.

OPIKOFE, par contre, répond qu'il doit s'agir plutôt de petites fissures opératoires de la capsule. Ces complications peuvent n'arriver que dans les quatre semaines qui suivent l'opération.

FREY (Montreux) a eu un cas de mort par septicémie chez un homme âgé de 50 ans.

GUYOT (Genève) fait des réserves sérieuses sur les indications et contre-indications de cette opération, surtout chez les enfants.

TERRIER (Bienne) cite le travail récent de Moure et trouve que par le morcellement simple on arrive au même résultat, comme il l'a vu à la clinique de l'hôpital de Lausanne, où l'on n'aime pas l'amygdalectomie.

#### VII. MAYER (Bâle). — Traitement des surdiés labyrinthiques par la panitrine

Il a soigné 50 cas de surdité par ce moyen; la surdité n'a guère été influencée; mais par contre, les bruits subjectifs paraissent avoir été améliorés.

*Discussion :* BIGLER (Zurich) a traité un nombre assez grand de cas

à la clinique de Zurich avec ce médicament, mais ses résultats ne sont pas meilleurs.

NAGER (*Zurich*) estime qu'il est bon de publier ces expériences, même si le résultat a été mauvais.

OPPIKOFER (*Bâle*) n'a pas eu de meilleurs résultats.

#### VIII. SCHUBIGER (*Soleure*). — **L'hérédité dans l'œdème laryngo-angioneurotique.**

Il a pu reconstruire un arbre généalogique remontant à quatre générations d'une famille où cette affection est héréditaire et montre la façon irrégulière et atypique dont elle a frappé les différents membres de cette famille. Les extrémités, le visage, l'appareil digestif, mais surtout le larynx ont été pris; cette dernière localisation a amené dans quatre cas la mort par étouffement.

*Discussion* : SIEBENMAN fait part de l'observation qu'il a faite d'un cas d'œdème récidivant du larynx qui apparaissait après des badiageonnages avec de la glycérine au tanin.

#### IX. BARRAUD (*Lausanne*). — **Thromboses veineuses multiples et éloignées dans un cas de thrombophlébite du sinus latéral d'origine otique ; guérison.**

M. Barraud a soigné il y a une année, un jeune homme de 27 ans, atteint de mastoïdite aiguë droite, consécutive à une diphtérie de l'oreille. Le 10<sup>e</sup> jour après l'opération, phlegmon le long du sternocléidomastoïdien et le 21<sup>e</sup> jour thrombophlébite du sinus latéral et de la jugulaire. Les jours suivants, le thrombus s'étendit à la sous-clavière, puis à l'humérale et à toutes les grosses veines de l'avant-bras avec fort œdème de toute la peau du dos, depuis la nuque jusqu'à la crête iliaque et tout le bras. Le 36<sup>e</sup> jour, thrombose de l'iliaque et de la fémorale à droite, également avec œdème de la jambe et du pied puis le bras gauche se prend à son tour. Traitement au citrate de soude; (per os) 10 grammes par jour. Le 2<sup>e</sup> jour après le commencement de cette médication apparaît un début de thrombose de la fémorale gauche, puis les quatre membres et le dos désensèrent rapidement. Le 9<sup>e</sup> jour on ne constatait plus ni œdème, ni thrombose. Enorme décubitus de la région sacrée. M. Barraud était très content de pouvoir communiquer ce cas qui lui paraissait probant, mais qui cependant à lui seul, ne pouvait avoir une grande valeur. Depuis l'inscription de ce travail à l'ordre du jour, il a eu en traitement un nouveau cas de thrombo-phlébite de la jugulaire qui lui a montré qu'il faut être prudent dans ses appréciations sur la valeur d'un remède. En effet, il a institué le même traitement, continué quinze jours durant. Le malade est mort, et à l'autopsie, on a trouvé une thrombo-phlébite de tous les sinus de l'encéphale ainsi que des deux jugulaires.

#### X. SCHLITTER (*Bâle*). — **De la labyrinthite ossifiante.**

Il montre, à l'écran, deux séries de coupes du rocher. Il s'agissait dans le premier cas d'une ostéite granuleuse du promontoire. Après opération radicale avec fistulisation dans le labyrinthe il y eut ossifi-



fication complète de l'oreille interne: miracle de la nature. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme de 90 ans qui était sourde depuis son enfance à la suite d'une méningite et chez laquelle l'oreille interne, canaux semi-circulaires compris, était complètement ossifiée.

*Discussion:* NAGER (Zurich) montre à son tour quelques préparations d'un cas d'otosclérose avec des îlots de labyrinthite ossifiante dans le limaçon.

#### XI. NAGER (Zurich). — Fracture isolée de la base du crâne et méningite traumatique consécutive.

L'examen otoscopique fait un mois après l'accident démontra une surdité complète du côté gauche et une surdité assez forte à droite. Barany négatif. Deux petites cicatrices sur le tympan gauche. Radiographies négatives. Neuf mois après, otite moyenne suppurée avec méningite subite et mort. L'examen microscopique du rocher fit trouver une série de petits traits de fracture longitudinale à travers la pyramide, avec labyrinthite ossifiante, intéressant les canaux semi-circulaires, le limaçon et le vestibule.

#### XII. DE REYNIER (Leysin). — a) Quelques remarques sur la tuberculose du larynx b) Photographies du larynx.

M. de Reynier fait part de considérations très intéressantes sur le traitement de la tuberculose laryngée, surtout par la galvano-cautérisation. Ces 103 cas qu'il a traités ces deux dernières années, 62 cas sont actuellement guéris sans altération de la voix, et 5 avec une perte plus ou moins complète de la voix, 16 cas ont été perdus de vue, 20 sont décédés. M. de Reynier montre un petit appareil de photographie du Dr Garel, de Lyon qui permet de prendre des vues stéréoscopiques de l'intérieur du larynx. Il présente en même temps quelques photographies fort bien venues provenant des cas qu'il a traités.

*Discussion:* BARRAUD (Lausanne) qui a vu bon nombre des malades de M. de Reynier, confirme les beaux résultats obtenus et complète ce tableau par ses statistiques personnelles, surtout en ce qui concerne la tuberculose laryngée des enfants et des vieillards.

#### XIII. — GALLUSER (Saint Gall). — Des opérations du sinus frontal par voie nasale.

M. Galluser parle des beaux résultats qu'il a obtenus par le procédé opératoire de Halle.

*Discussion:* OPIKOFE (Bâle). Quand il faut opérer, il faut avant tout viser à enlever toute la muqueuse et ceci ne peut être garanti que par une opération externe.

HUG (Lucerne) et BARRAUD (Lausanne) insistent sur le fait que bon nombre de sinusites frontales guérissent simplement après enlèvement de la tête du cornet moyen, aggrandissement du canal naturel et lavages par le nez, et conseillent de ne procéder à une grosse opération intra-nasale, ou externe, que dans les cas où les circonstances le commandent.

XIV. — ROCH (*Genève*). — **A propos d'un cas d'abcès cérébral.**

Cas d'abcès du lobe temporal chez un homme de 37 ans à la suite de cholestéatome, drainage pendant un mois ; guérison.

*Discussion* : M. BARRAUD estime que la position de la tête du malade a une importance capitale pour le traitement post-opératoire. Il faut toujours faire coucher le malade sur le côté atteint.

XV. URLICH (*Zurich*). — **Radiographies en otolaryngologie.**

Projection de superbes radiographies. 1° d'un cas d'ostitis fibrosa Pageti 2° de mastoïdites d'après la méthode de Stann et de Gatschen 3° de lésions de l'oreille moyenne et interne, d'après Stenvers, 4° résultats négatifs dans les cas d'otosclérose. 5° de diverticules de l'œsophage.

XVI. JUNOD (*Bâle*). — **De la valeur pratique de la diaphanoscopie dans les sinusites maxillaires.**

D'après les résultats obtenus à la clinique de Bâle, M. Junod trouve que la simple diaphanoscopie présente des avantages marqués, elle est surtout bon marché et vite faite.

*Discussion* : ROCH (*Genève*) emploie de petites ampoules de lampes de poche qu'il porte au maximum d'intensité.

XVII. BAUMGARTNER (*Bâle*). — **Le traitement du lupus du nez par le radium.**

L'auteur a traité à la clinique de Bâle 12 cas par tube de 32 milligrammes de radium avec 1,5 de filtre de platine. Tous avec guérison complète et sans récédive.

*Discussion* : SCHMID (*Zurich*). Sur 37 cas, 20 furent complètement guéris, 12 beaucoup améliorés ; 5 ont été perdus de vue.

Dr BARRAUD (*Lausanne*).

SOCIÉTÉ LARYNGO-OTOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du 4 novembre 1922.*

E.-L. KENYON. — **Voix défectueuse**

Femme de 27 ans, dont la voix a toujours été défectueuse depuis l'âge de 7 ans. Rien au larynx à part une incurvation des cordes pendant la phonation. Classiquement on décrirait ce cas comme une névrose fonctionnelle de la musculature intrinsèque. Mais dans ce cas, le fonctionnement des muscles intrinsèques étant aussi défectueux. Et l'auteur estime que l'on a tort, dans ces cas, de ne considérer que le rôle des muscles intrinsèques.

**A. RUNDSTROM. — Ozène.**

Deux cas l'un d'ozène vrai, l'autre d'origine hérédo-syphilitique. Dans les 2 cas l'os lui paraissant très malade, Rundstrom a réséqué les 2 cornets moyens et cureté les cellules ethmoïdales et sphénoïdales des 2 côtés. Dans les 2 cas il y a trouvé de la carie et de la nécrose.

**ARBUCKLE. Quelques complications des naso-sinusites (V. anal. des mémoires)****N. H. PIERCE. — Nouvelle méthode de fermeture de la trompe d'Eustache.**

C'est la combinaison de l'obturation de la trompe par le catgut à nœuds et de la méthode du lambeau rabattue sur l'orifice tympanique. Le catgut auquel on a fait un nœud suffisant pour bloquer l'isthme, est introduit par l'intermédiaire de la sonde d'Itard et d'une bougie, dans l'orifice tubaire. Le chef du catgut est passé à travers un lambeau prélevé à la surface postérieure de la mastoïde et fixé par un plomb fendu. Le curetage de la trompe et l'écrasement des cellules tubaires facilitent l'adhérence du lambeau. 7 cas ; 6 succès, un échec chez un enfant tuberculeux déjà opéré antérieurement.

**A. HAYDEN. — La 5<sup>e</sup> année de médecine et l'oto-laryngologie dans les hôpitaux généraux**

Communication suivie d'une longue discussion sur l'enseignement de l'O. R. L. et son organisation dans les hôpitaux américains.

---

*Séance du 8 janvier 1923.*

**C.-H. LONG. — Bec de lièvre et division congénitale du palais.**

Présentation d'un homme de 34 ans dont le bec de lièvre a été opéré dans l'enfance. Le sujet présente une grosse hypertrophie des tissus lymphoïdes pharyngiens. Il est trop âgé pour être opéré de son palais et Long se propose de lui faire faire un appareil de prothèse, après avoir enlevé partiellement les adénoïdes afin de supprimer l'obstruction nasale qui gêne beaucoup le patient.

E. KENYON estime, avec Gutzmann, qu'en cas de division palatine, il vaut mieux ne pas enlever les adénoïdes. Celles-ci font office d'obturateur et si on les enlève, la voix devient plus mauvaise qu'avant.

**G.-W. BOOT. — Corps étrangers des bronches et de l'œsophage.**

1<sup>o</sup> Os de mouton fortement encastré dans l'hypopharynx ; 2<sup>o</sup> pis-tache logée dans la bronche droite d'un enfant de 3 ans. Mort, le

corps étranger s'étant fixé pendant l'extraction ; 3° Pistache chez un enfant de 3 ans, également logé dans la bronche droite. Guérison ; 4° Clou, extrait de la bronche gauche d'un enfant de 11 mois ; 5° Epingle à grosse tête, longue de 4 centimètres, mobile dans les voies respiratoires, à chaque crise de toux. Au moment de l'extraction elle était dans la trachée et l'enfant la rejeta, après une crise de toux, aussitôt que le bronchoscope fut introduit entre les cordes vocales.

**SHAMBAUGH.** — **Structure et fonction de la crête ampullaire.**  
(*V. Anal. des mémoires*).

**A. LÉVY.** — En dehors du flux endolymphatique, d'autres facteurs doivent intervenir ; notamment l'élément neurologique. Il ne serait pas possible autrement d'expliquer les variations du nystagmus et des autres symptômes, sous l'influence des mêmes conditions d'excitations, variations qui se voient non seulement entre divers individus, mais aussi chez le même individu à des moments différents.

**G.-W. BOOT,** en se basant, par analogie, sur les observations ophthalmoscopiques, pense qu'on ne peut soutenir que le mouvement de va et vient de l'endo et de la perilymphe soit en rapport avec la pulsation des vaisseaux.

*Séance du 5 février 1923.*

**S. SALINGER.** — **Abcès du vitré consécutif à une thrombose du sinus latéral.**

Thrombose du sinus typique au cours d'une otite aiguë chez un enfant. Quatre jours après l'opération (abcès mastoïdien, abcès extradural, pus dans le sinus, le tout à staphylocoque), tuméfaction et œdème des paupières supérieures, forte injection de la conjonctive. Perception lumineuse nulle. On pense d'abord à une thrombose du sinus caverneux ; mais on l'élimine à cause de l'absence d'exophtalmie et de paralysie des muscles extra-oculaires. La tuméfaction une fois diminuée, la chambre antérieure s'éclaircit et on peut distinguer un abcès du vitré. Il y eut également deux autres métastases au bord de l'oreille et dans la peau de la région occipitale gauche.

**S. PEARLMANN et J. GRICHTER.** — **Le tissu lymphoïde de la loge amygdalienne après amygdalectomie.**  
(*V. Analyses des mémoires*).

**C. BECK.** — On pourrait traiter les petits moignons restants après tonsillectomie par les rayons X.

**R. SONNENSCHN.** — Après une amygdalectomie bien faite, et alors même que la cavité opératoire paraît aussi nette que possible, SONNENSCHN a prélevé comme les auteurs des fragments au niveau des piliers, et a fait les mêmes constatations qu'eux.

**CH. ROBERTSON** pense que la récurrence tient à des conditions géné-



rales ou locales, analogues à celles qui commandent la réparation des incisions de la peau, où l'un fera une cicatrice souple et l'autre une chéloïde.

MC. GINNIS estime qu'il n'y a pas de récurrence à proprement parler, mais repullulation de fragments de tissu lymphoïde non enlevés.

C.-L. RICHARD. — Si après une amygdaléctomie qu'on pense bien faite, on soulève le pilier antérieur, on voit souvent un fragment restant dans les fossettes sus-amygdaliennes.

C.-W. MACKENZIE. — **Diagnostic différentiel entre la labyrinthite syphilitique tardive et la neuro-labyrinthite syphilitique.**

(V. *Analyses*).

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

*Séance du 28 mai 1923.*

O. BECK. — **Otite aiguë avec métastases au 6<sup>e</sup> jour et thrombose sinusienne ultérieure.**

O. BECK. — **Empyème de la mastoïde et de l'apophyse zygomatique au 4<sup>e</sup> jour d'une otite aiguë.**

SCHLANDER. — **Otite moyenne chronique gauche, cholestéatomies, thrombose étendue du sinus et du golfe. Ligature de la jugulaire. Evolution afébrile.**

R. LEIDLER. — **Abscès du lobe temporal d'origine otique et méningite.**

Les points intéressants de cette observation sont: la longue durée de l'évolution. Soixante-dix-huit jours se sont en effet écoulés entre l'apparition des symptômes de méningo-encéphalite et la mort; la combinaison et le développement vraisemblablement parallèle d'une leptoméningite suppurée diffuse et d'un abcès temporal; le fait qu'il est possible que cette longue durée inhabituelle soit en rapport avec le traitement par auto-vaccin (streptocoque).

NEUMANN. — Il faut signaler le fait que la température est montée brusquement après l'opération. C'est là un signe de grande valeur. En effet, quand il n'y a ni érysipèle intermittent ni infection de la plaie elle-même, un crochet brusque à 39° doit faire penser à un abcès qui, sous l'influence de l'opération, a passé du stade latent au stade manifeste. Ceci donne aussi à penser que, dans le cas particulier, c'est l'abcès qui était primitif et la méningite secondaire, plutôt que le contraire.

Il ne paraît pas vraisemblable que la vaccination ait eu quelque action dans ce cas, car les injections auraient dû faire monter la

température et non la faire baisser. Si l'évolution a été si longue, c'est parce que l'abcès était bien drainé. On sait d'ailleurs bien que, même avec un bon drainage, l'encéphalite peut continuer à évoluer et entraîner la mort. Et du reste il faut reconnaître que, quelle que soit la technique, employée pour les pansements, le pronostic est mauvais dans l'ensemble, sauf dans les cas d'abcès encapsulés ; ce qui est très rare quand il s'agit d'abcès d'origine otique.

---

## SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE CHRISTIANIA

*Séance du 22 mars 1923.*

GORDING : 1° Montre une femme de 25 ans atteinte d'une anomalie congénitale des ligaments de la glotte : les ligaments étaient formés d'un filet petit et insignifiant, à double contour. Il semble qu'il n'y ait pas de rudiment de musculature dans les ligaments ;

2° **Sarcome de l'amygdale**, traité par le radium. Résultat : Bon pour le moment.

LEEGARD : 1° **Syndrome de Gradenigo.**

Fille 6 ans ; otite aiguë des deux côtés ; mastoïdite gauche. Fortes douleurs dans l'oreille, dans la région temporale et frontale. Paralyse complète de l'abducteur de l'œil du côté gauche. Pas d'autres complications. Guérison, ouïe normale ; mais regression incomplète de la paralyse (images doubles quatre mois après le commencement de l'otite, trois mois après l'apparition de la paralyse) ;

2° **Thrombo-phlébite de sinus sigmoïde et de la veine jugulaire.**

Homme de 25 ans, otite chronique gauche avec choléastome. Paralyse faciale quelques jours avant l'admission. Pas d'apparence d'affection du sinus. Petit à petit s'installent des symptômes de l'affection sinusienne. Culture du sang négative. Dix-sept jours après la première opération, opération sur le sinus et la veine jugulaire. La thrombophlébite s'étend en bas jusqu'à la sous-clavière gauche. On ne peut faire la ligature en dessous du thrombus. Marche lente de la maladie ; état général grièvement atteint. Abscès métastatique, dans le tissu sous-cutané mais pas dans les poumons. En outre un abcès provenant du thrombus inférieur rendit nécessaire une contre-ouverture en dessous de la clavicule. Guérison complète, avec disparition aussi de la paralyse faciale.

3° **Pyémie otogène sans thrombo-phlébite.**

LINDEMANN. — **Neuro-labyrinthite chez un homme atteint de syphilis.**

### HARBOE : 1<sup>o</sup> Deux cas de zygomatiko-mastoïdite chez deux enfants.

Trois semaines après l'opération de Schwartze habituelle, survinrent des gonflements de la région de l'arc zygomatique, l'oreille, avait été sèche pendant une quinzaine de jours à peu près et la plaie s'était remplie de granulations, de bonne nature.

A la suite, une discussion s'engage sur la question de savoir si comme on le fait dans certaines cliniques, on doit toujours poursuivre les cellules en avant vers la racine du zygoma ;

### 2<sup>o</sup> Corps étranger de la trachée.

Cas dans lequel l'enfant mourut subitement quelques heures après la trachéotomie, par suite d'emphysème du médiastin antérieur ;

### 3<sup>o</sup> Deux cas de fibrome du pharynx.

Traitement par le radium. Résultat : bon.

F. LEEGAARD.

## SOCIÉTÉ TCHÉCOSLOVAQUE D'OTO-LARYNGOLOGIE

*Séance du 3 février 1923.*

### SOULAKOVA. — Sclérome du nez, du larynx et de la trachée (présentation du malade).

Le malade — âgé de 21 ans et venant du sud-est de la Moravie — souffre depuis sa 14<sup>e</sup> année de dysphonie, par moments d'aphonie complète, et de formation de croûtes dans le nez. A l'examen rhinoscopique, l'aspect des fosses nasales rappelle celui de la rhinite sèche diffuse. La muqueuse de la cloison et des cornets est dure, non dépressible au stylet et recouverte de croûtes jaune grisâtre. De même le rhinopharynx est tapissé de nombreuses croûtes. Aucun rétrécissement au niveau des choanes. Entre les orifices tubaires sur la voûte du nasopharynx, épaississement remarquable. Larynx : les bandes ventriculaires rouges, tuméfiées, surtout du côté gauche se touchent pendant la phonation. Au-dessus de la bande ventriculaire gauche sur la paroi antérieure du larynx, saillie conique des dimensions d'un petit pois. Les cordes vocales « en rideau » sont brunes, rougeâtres. Sur la paroi antérieure de l'espace sous-glottique on peut voir une infiltration de la muqueuse recouverte d'une croûte brun foncé qui se propage en bas jusqu'au troisième anneau trachéal. Examens histologique et bactériologique positifs. Traitement par autovaccination.

### TESAR. — Deux cas de rhinosclérome (présentation des malades).

I. — Malade (âgé de 21 ans de la Russie sous-carpathique) souffrant d'une obstruction nasale qui s'est produite après l'apparition de deux nodules au niveau de la sous-cloison. L'examen objectif montre un élargissement du dos du nez, le lobule rouge gonflé. Sur les deux

ailles du nez on trouve de chaque côté une tumeur, distincte, mûriforme, du volume d'une noisette, exulcérée, recouverte de croûtes. La tuméfaction se propage sur la lèvre supérieure. Les narines sont obstruées. De même on trouve sur la voûte palatine une tumeur à surface exulcérée (surtout du côté gauche), envahissant en arrière le voile du palais, les piliers et l'amygdale gauche. Les choanes sont également obstruées. L'examen histologique et bactériologique est positif. Ce qui est intéressant dans ce cas est l'aspect des tuméfactions exulcérées surtout sur la voûte palatine. La disposition symétrique des tumeurs au niveau des ailes du nez permet de les distinguer d'un néoplasme. Traitement par le radium.

II. — Dans le deuxième cas (femme de 65 ans de la Bohême centrale) l'infiltration scléromateuse a envahi au cours de deux années la partie antérieure du nez et le voile du palais. Les narines sont obstruées, les choanes sont libres.

FROTZL. — La radiumthérapie consistait dans le premier cas en application de la dose maxima à 3 centimètres de distance, filtrée par 3 millimètres de laiton. La réaction — une sécrétion exagérée — qui s'est montrée cinq jours après la première séance fut suivie d'un aplatissement de la tuméfaction. Nouvelle application trois semaines plus tard.

**GREIF. — Un cas de tuberculose laryngée guérie par le galvanocautère.**

La malade montrait il y a deux années une infiltration des cordes vocales d'origine bacillaire, qui fut traitée par cautérisation. L'état actuel du larynx montre que l'infiltration a complètement disparu. Le résultat fonctionnel est satisfaisant.

**NOVAK. — Angine syphilitique et condylomes localisés sur les bords des deux conduits auditifs et dans les vestibules du nez.**

YMOLA. — Présentation de malades.

I. — **Fibrome de la choane droite.** Chez une fille de 12 ans souffrant depuis quelque temps d'une obstruction nasale du côté droit, l'examen rhinoscopique a révélé la présence d'une tumeur mobile, à surface lisse, grisâtre, occupant la choane droite. Pendant qu'on examinait son origine à l'aide du stylet la tumeur est tombée dans le pharynx. Son aspect démontre qu'il s'agit d'un fibrome à pédicule extrêmement fin (5 mm.).

II. — **Végétations adénoïdes** chez un homme de 45 ans.

III. — Un garçon de 13 ans, chez lequel on a pratiqué il y a cinq ans une tonsillo-adénotomie, présente une *hyperplasie remarquable du tissu adénoïdien* dans le nasopharynx entier. L'examen biopsique ne permet pas de distinguer s'il s'agit d'une hyperplasie simple ou spécifique (lymphadénose).

IV. — **Ulcérations tuberculeuses** sur la voûte palatine, le voile du palais, les piliers, la luette et la paroi postérieure du pharynx chez



un ouvrier de 34 ans atteint d'une lésion pulmonaire. Dysphagie, gêne de l'articulation. Entre les ulcérations recouvertes d'une exsudation jaunâtre on trouve de nombreuses granulations. Après trois séances d'héliothérapie, amélioration surprenante par cicatrisation rapide des ulcérations superficielles.

CISLER confirme l'influence favorable de l'héliothérapie sur certaines formes d'affections bacillaires.

**HOMIECK. — Hémangio-endothéliome malin du lobule du pavillon.**

Femme de 25 ans. L'affection a débuté sous forme d'une tache brune, qui s'est propagée en un mois sur le lobule entier. Hémorragies répétées d'une petite rhagade sur sa face interne. Ablation du lobule. Quatre semaines plus tard la malade revient présentant des ganglions au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. On enlève trois ganglions des dimensions d'une fève, bruns à la coupe. L'examen histologique démontre du tissu néoplasique, des cellules allongées rangées en bandes qui forment par endroits des espaces caverneux remplis de globules rouges.

**CISLER. — Sur la pathogénie de la paralysie du dilatateur de la glotte.**

Sera analysé d'après la publication *in-extenso*.

**FROTZL. — Influence favorable de la radiumthérapie sur les fibromes récidivants du larynx.**

Chez une malade de 64 ans souffrant depuis plusieurs années de fibromes récidivants du larynx ayant déjà exigé quatre interventions endolaryngées, l'examen laryngoscopique a démontré quatre fibromes sur la corde vocale droite et trois du côté gauche. Cinq jours après l'application externe du radium ( $1/2$  de la dose maxima, à distance de 3 cm., filtré par 2 mm. de laiton) s'est produite une réaction locale sous forme d'un œdème du larynx, surtout des cordes vocales. Vingt jours plus tard les fibromes sont aplatis. Deux mois après la deuxième séance, la corde vocale du côté droit est normale; sur la corde vocale gauche un seul fibrome ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle.

SEEMANN mentionne le cas d'un enfant de 4 ans atteint de papillomes du larynx où après une séance de radiumthérapie s'est produit un œdème nécessitant la trachéotomie. Néanmoins la radiumthérapie est restée inefficace.

*Séance du 3 mars 1923.*

**TESAR. — Thrombophlébite du sinus latéral au cours d'une otite moyenne purulente chronique avec cholestéatome, abcès périsinusien et pachyméningite externe de la dure-mère cérébelleuse.**

Présentation du malade, du caillot enlevé et d'une coupe microscopique de la paroi sinusienne privée de sa tunique interne. L'état

général du malade avant l'intervention était très mauvais. Pouls faible 130, Température 41°, frissons, vomissements, langue sèche, chargée. Evidement pétromastoïdien, ligature de la veine jugulaire interne et de la faciale, dissection du sinus latéral, extraction du caillot purulent. Vingt-quatre heures après l'intervention la température et le pouls deviennent normaux. Guérison complète.

**TESAR. — Goitre malin et tumeur du cou avec déviation du larynx, déplacement et compression de la trachée.**

Présentation de la pièce anatomique, des coupes microscopiques et d'une photo du malade avant l'intervention.

Le malade présentant depuis douze ans une tuméfaction du côté droit du cou, souffrait un mois avant son entrée dans la clinique d'une dyspnée provoquée par un agrandissement rapide de la tumeur. L'examen démontre une tumeur en poire mesurant 15 centimètres de hauteur et 8 centimètres de largeur, composée de deux parties, dont la supérieure sphérique, à surface lisse, élastique, suit les mouvements de la déglutition, la partie inférieure dure, à surface bosselée, fixée dans le creux sus-claviculaire n'est pas solidaire du mouvement de la partie supérieure pendant la déglutition. Elle présente une fluctuation de son pôle inférieur qui s'étend à la 2<sup>e</sup> côte. Déplacement du larynx et de la trachée à gauche, compression de la trachée en forme de fourreau de sabre. La tumeur enlevée on constate que les deux parties sont séparées par une membrane ne présentant histologiquement que du tissu conjonctif normal. La partie supérieure de la tumeur prend naissance de la glande thyroïde, l'inférieure envahit les muscles sterno-cléido-mastoïdien, sternohyoïdien, sternothyroïdien, omohyoïdien et les aponévroses du cou; elle est soudée avec la jugulaire. Il fallait donc réséquer les muscles et les veines jugulaires. L'examen histologique démontre un sarcome à cellules fusiformes. L'intervention sera complétée par l'application du radium.

**GREIF. — Présentation de cas d'ozène guéris par les rayons ultra-violets.**

Dans les cas présentés tout traitement médical de même que la vaccinothérapie, étaient restés inefficaces. Le traitement consistait en introduction d'un tube rayonnant de la lampe spécial d'après Hněvkovsky dans les fosses nasales jusqu'à la paroi postérieure du nasopharynx. L'action bactéricide des rayons ultra-violets se montre par la disparition de l'odeur. En outre on constate l'hyperémie de la pituitaire et une sécrétion moins épaisse sans formation de croûtes.

**SEEMANN. — Présentation d'un cas de bégaiement chez une hystérique.**

Trois jours après l'adénotomie pratiquée au mois de novembre 1922, la malade âgée de 18 ans ne pouvait parler qu'à voix chuchotée. Cette aphonie a disparu au mois de janvier 1923. Une semaine plus tard la malade revient se plaignant de dysphagie.

Elle parlait d'une voix rappelant celle d'un malade atteint d'une périamygdalite phlegmoneuse. L'examen du pharynx ne montrait qu'une parésie du voile du palais. Il s'agissait donc d'une rhinonalie fonctionnelle. Le traitement suggestif a fait disparaître ce trouble bientôt. Après quinze jours la malade commence à bégayer. Le bégaiement consistait en répétition de syllabes et de voyelles, quelquefois même au milieu d'un mot ; rarement on pouvait constater de la persévération. Il n'y avait pas de spasmes respiratoires ni phonatoires. Le bégaiement chez les hystériques est bien rare. Le diagnostic n'en est pas toujours facile. C'était surtout l'absence des troubles respiratoires caractéristiques du bégaiement essentiel qui permettait de le différencier.

CISLER demande quels sont dans les cas d'aphonie hystérique, les résultats du traitement à l'aide de l'assourdisseur.

SEEMANN n'a pas observé de bons résultats.

GREIF a observé des résultats favorables chez des aphonies hystériques récentes, moins bons dans les cas d'aphonie de la guerre.

#### SEEMANN. — L'examen stroboscopique du larynx.

Description et démonstration de la méthode et des appareils employés dans le laboratoire phoniatrique de la clinique otologique du professeur Dr Kutvirt à Prague.

*Séance du 7 avril 1923.*

#### GREIF. — Sarcome du pharynx guéri par les rayons X.

L'examen du malade au mois d'avril 1922 a montré l'envahissement de la moitié droite du pharynx comprenant l'amygdale palatine, les deux piliers, le voile du palais, la base de la langue, l'épiglotte et le repli pharyngoépiglottique : l'épiglotte épaissie et immobile cache l'aspect du larynx. Adénopathie au niveau de l'angle du maxillaire inférieur des dimensions d'un œuf de pigeon. Sur l'amygdale droite, une ulcération superficielle. L'examen biopsique bien que démontrant qu'il s'agit d'un sarcome à cellules polymorphes ne permet pas de différencier entre le lymphosarcome et un sarcome d'origine endothéliale. Réactions sérologiques (Bordet-Wassermann, Meinicke, Sachs Georgi) négatives. A la suite de la première application des rayons, il s'est produit une ulcération profonde de l'amygdale droite et une superficielle au niveau des deux piliers. Dix semaines après cette première séance, disparition complète des ulcérations et de la tumeur dont le territoire présente du tissu sclérotique. L'adénopathie a disparu six semaines plus tard. Etat actuel du pharynx (une année passée) : cicatrisation et atrophie de l'amygdale palatine droite, cicatrisation et rétraction des piliers et du voile du palais du même côté. L'épiglotte, le repli aryépiglottique et l'aryténoïde du côté droit présentent un épaississement léger ; l'épiglotte a repris sa mobilité. Le malade se plaint d'une sécheresse de la gorge due à la pharyngite sèche, suite de la Röntgenthérapie.

BLONEK décrit la technique radiothérapeutique employée dans le cas présenté.

GREIF a essayé l'application des rayons X sur ces glandes sous maxillaires et le pharynx avant une laryngectomie pour combattre la salivation tellement gênante dans le stade post-opératoire.

**GREIF. — Périchondrite laryngée due à l'application des rayons X.**

A la suite de deux séances de Roentgentherapie dans la région du cou (à cause d'une trichophytie) le malade devient enroué, il se plaint de dysphagie et de sécheresse dans la gorge. L'examen laryngoscopique pratiqué au bout d'une semaine a montré l'infiltration des deux cartilages aryténoïdes, qui étaient proéminants et gonflés. La muqueuse de l'espace interaryténoïdien était également gonflée, les replis aryépiglottiques et les bandes ventriculaires présentaient une infiltration légère. La muqueuse au niveau de la paroi postérieure du larynx est sèche, rouge, rugueuse. Hypopharyngite. L'aspect de la muqueuse n'est pas donc celui d'un œdème aigu. Après une année, l'état actuel du larynx n'est pas encore normal. L'épaississement au niveau des aryténoïdes et de la paroi postérieure est resté constant. La muqueuse présente toujours une hyperémie légère. Sans connaître l'interrogatoire il faudrait établir le diagnostic d'une périchondrite d'origine bacillaire ou syphilitique.

KUTVIRT fait remarquer la sensibilité spéciale du larynx aux rayons X. Il mentionne quelques complications graves qui en ont résultées.

GREIF. — D'après Marschik c'est la susceptibilité exagérée des cartilages hyalins aux rayons X qui doit expliquer ces troubles. Il ne faut pas oublier qu'au cours de plusieurs applications des rayons X au niveau du cou et dans diverses directions le larynx est presque toujours exposé à un feu croisé et qu'ainsi l'influence de rayons s'additionne.

BLONECK. — L'application des rayons X au niveau du larynx peut être suivie d'un œdème aigu ; dans les cas d'une sténose laryngée, il est prudent de faire une trachéotomie avant l'installation de la Roentgentherapie. Les intervalles entre deux séries doivent être assez longs en raison de réactions tardives. De même si la marche de l'affection le permet, il faut attendre entre deux séances pour que les glandes salivaires et la muqueuse puissent reprendre leurs fonctions.

**SOULAKOVA. — Tuberculose du pharynx et des piliers traitée par les rayons ultra-violets.**

Le malade âgé de 21 ans, souffre depuis trois mois de dysphagie. Au niveau de la paroi postérieure du pharynx et du pilier postérieur du côté gauche, ulcération profonde à bords élevés. Le fond de l'ulcération est revêtu d'un enduit grisâtre. Il n'y a pas de fongosités. Œdème léger de la luette, recouverte de mucosités. Bordet-Wassermann, Meinicke, Sachs-Georgi négatifs. Aux poumons, infiltration tuberculeuse des deux sommets. L'examen histologique confirme le



diagnostic. Le traitement par les rayons ultra-violets fut suivie d'une guérison complète.

**FROTZL. — Quelques cas traités par le radium.**

I. Papillomes du larynx. Avant l'installation de la radiumthérapie, respiration striduleuse, dysphonie accentuée. Après la première application du radium, amélioration remarquable des signes fonctionnels. Les papillomes sont aplatis.

II. Deux cas de rhinosclérome dans lesquels la radiumthérapie fut suivie d'une amélioration remarquable.

TOMANEK décrit la technique de la radiumthérapie employée à l'Institut radiologique à Prague.

CISLER a obtenu de bons résultats en se servant des rayons X après l'extirpation des papillomes sous laryngoscopie à suspension.

KÖHLER cite un cas de papillomes du larynx où la dysphonie a disparu au bout de quinze jours après l'application du radium. Trois semaines plus tard une récurrence nécessita la trachéotomie.

GREIF. — D'après Thost il s'agit dans les cas de papillomes d'une « diathèse papillaire » avec formation de verrues sur la peau. Jusqu'ici je n'ai pas observé de cas pareils. Les expériences d'Ullmann, qui pouvait provoquer la formation de papillomes par inoculation des filtres de papillomes laryngés sont très intéressants.

SEEMANN. — Dans les cas traités par le radium on a observé assez souvent des récurrences. Parmi les auteurs américains Mayer décrit des résultats très bons, Chevallier Jackson n'en est pas satisfait.

HORNIÈK. — Présentation de cas et de coupes microscopiques.

**I. — Lymphosarcome du larynx et du pharynx.**

Femme de 66 ans, enrhumée depuis trois mois. La tumeur occupe la région de l'amygdale pharyngée, la paroi gauche du pharynx et la moitié gauche du larynx. La mobilité de la corde vocale gauche est restreinte. Amygdales linguale et palatine atrophiées. Il n'y a pas d'adénopathie. La muqueuse dans les régions envahies est lisse, elle ne présente aucune ulcération. Les points de départ sont probablement l'amygdale pharyngée et le tissu adénoïde du ventricule du larynx.

**II. — Papillome uniforme sessile au niveau du bord postérieur de l'orifice du conduit auditif externe chez une femme de 22 ans.**

L'épithélium de la tumeur présente une métaplasie carcinomateuse.

**FESAR. — Les abcès cérébelleux au cours des thrombophlébites du sinus latéral.**

(Sera analysé d'après la publication in extenso). WISKOVSKY.

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE (1)

## SECTION DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 2 mars 1923.***BANKS DAVIS. — Papillomes multiples du larynx.**

Homme de 37 ans, ayant subi une trachéotomie pour papillomes laryngés à l'âge de 6 ans : les symptômes laryngés ont augmenté pendant la guerre. Les tumeurs, ressemblant à des polypes du nez avaient comme point de départ la face postérieure de l'épiglotte, la commissure extérieure, les cordes vocales et la région sous-glottique. L'auteur demande le pronostic et le mode de traitement.

D.-R. PATTERSON s'est toujours bien trouvé en enlevant les tumeurs multiples à la pince. Le radium ne semble pas avoir donné les résultats qu'on attendait de lui. L'affection existant depuis longtemps, il ne faut pas s'attendre à une grande amélioration de la voix.

MARK HOVELL. — En ce qui concerne le rétablissement de la voix, il a observé récemment une guérison complète.

W. MILLIGAN plaide pour le traitement au radium ; le résultat dépend surtout de la façon dont on l'emploi. Il est en train de faire construire un instrument qui permettra d'éviter la trachéotomie ; pour obtenir un bon résultat fonctionnel, il est important de ne pas se servir d'instruments tranchants, écrasants ou cautérisants.

NORMAN PATERSON demande des précisions sur la dose de radium et de la durée d'exposition.

HERBERT TILLEY. — Quelle sorte d'écran emploie W. Milligan ? La remarque de Paterson l'étonne, certaines cliniques américaines ayant également vanté les bons résultats du radium.

W.-H. SMURTHWAITE. — W. Milligan emploie-t-il systématiquement le radium dans tous les cas ?

W. MILLIGAN. — Le dosage du radium doit être en rapport avec la nature et l'extension de la tumeur. Si celle-là est très étendue une dose de 20 à 30 milligrammes pendant deux heures suffit, filtrage sur argent ou platine. Il s'agissait toujours de tumeurs multiples.

**BANKS-DAVIS. — Un cas de papillomes multiples du nez.**

Il s'agit d'un homme de 64 ans, atteint de polypose diffuse depuis douze ans malgré de fréquentes ablations. Les coupes histologiques démontrent nettement le papillome. Quel est le pronostic et le traitement ?

DAWSON. — Le nombre des papillomes n'est pas grand, 14 cas d'après Saint-Clair Thomson : il en a présenté un lui-même au Congrès de 1918, qui n'avait pas récidivé après ablation.

LAWSON WHALE partage l'avis de Dawson.

W. MILLIGAN propose la radiumthérapie *in situ*.

**WALTER HOWARTH. — Ventriculo-cordectomie pour paralysie double des abducteurs.**

Il s'agit d'une femme de 45 ans, qui portait une canule depuis douze ans après une opération sur le corps thyroïde. Les cordes et les bandes ventriculaires étaient complètement rapprochées.

Opération sous laryngoscopie directe en suspension. Ablation de la corde et de la bande ventriculaire droite ; suppression de la canule trachéale ; amélioration de la voix.

IRWIN MOORE. — L'opération pratiquée n'est pas celle préconisée par Chevalier Jackson. Cette dernière consiste surtout à enlever la corde avec le muscle. L'abrasion uniquement ligamenteuse expose à la formation de tissu de granulation et à une cicatrisation vicieuse.

MUSGRAVE WOODMAN cite un malade auquel il a fait une cordopexie selon le procédé d'Irwin Moore, mais le résultat n'était pas fameux.

E.-D. DAVIS. — Le résultat de Howarth est intéressant ; mais il faut attendre d'ici quelques mois, si la cicatrisation ne nécessite pas à nouveau la canule. Pour éviter la sténose, un collègue de Crile recouvrait la plaie d'un lambeau supérieur et inférieur muqueux qu'il suturait ;

WALTER HOWARTH a suivi les préceptes de Chevalier Jackson auquel il avait demandé la description de sa technique.

**WALTER HOWARTH. — Laryngostomie dans un cas de sténose complète sous glottique.**

Laryngo-trachéostomie chez un enfant de 12 ans ayant subi dans sa première enfance une trachéotomie pour croup.

La gouttière trachéo-laryngée fut laissée ouverte pendant plusieurs mois, et l'opération terminée par une plastique. Le malade fut perdu de vue à la suite de la guerre survenue entre temps.

MILLIGAN. — A-t-on essayé une greffe pour éviter les pansements quotidiens ? Il l'a essayé une fois sans succès.

DAVIS signale également un cas d'insuccès par greffe.

BEEVOZ rapporte un cas de greffe avec une trachée de chien qui réussit parfaitement.

HOWARTH. — L'opération remontant à 1913, il n'a pas essayé la greffe, parce que la technique n'était pas encore aussi perfectionnée que maintenant.

**BANKS-DAVIS. — Angiosarcome hémorragique du maxillaire supérieur.**

Il s'agit d'un malade âgé de 60 ans, présentant une récurrence après opération ; guérison apparente après 3 séances de radiothérapie selon la méthode d'Erlangen.

**W. HOWARTH. — Laryngectomie totale pour cancer laryngé.**

La guérison date d'il y a un an ; l'auteur démontre que l'opération n'est pas aussi mutilante qu'on l'admet.

**MUSGRAVE WOODMAN. — Guérison d'un cas de sarcome du nez par le radium.**

La tumeur, histologiquement un sarcome myéloïde, avait envahi les fosses nasales avec destruction complète de la cloison. Application de 4 tubes radifères de 10 milligrammes entre la peau et la tumeur, et mise en place d'un tube radifère de 50 milligrammes en pleine masse néoplasique. Depuis 1921 le malade se porte bien ; ses fosses nasales encombrées de quelques croûtes sont redevenues libres.

LOGAN TURNER. — Quelle était la durée de la mise en place. Selon le conseil de Lawson Turner, il laisse agir le radium d'une façon continue pendant cinq jours, en employant le sel pur, non l'émanation.

NORMAN-PATERSON s'élève contre le terme « guérison » au bout d'un an.

J.-F. O'MALLEY demande si l'action du radium n'a jamais donné lieu à la nécrose de l'os ; il a soigné un cas pendant deux ans qui approchant de la guérison, mourut de lésions cérébrales, alors que le nez était entièrement libéré.

HERBERT TILLEY fait également objection au terme « guérison ». La radiothérapie tout en détruisant la tumeur sur place, semble provoquer l'apparition de métastases.

MUSGRAVE WOODMAN. — La critique du terme « guérison » est justifiée ; mais son cas était un sarcome giganto-cellulaire, et le sarcome myéloïde est considéré comme le « jouet » des néoplasmes. Les masses suspectes ayant subsisté sont des granulations associées à de l'os nécrosé. L'irradiation la plus longue fut de vingt-quatre heures.

**WALTER HOWARTH. — Ulcère tuberculeux du dos de la langue.**

Malade de 42 ans atteinte de bacillose pulmonaire ; l'ulcération datant de trois mois vérifiée par biopsie, guérit après traitement (?)

**WALTER HOWARTH. — Lupus étendu du palais ; pharynx et larynx.**

Chez une fillette de 15 ans, évoluant sans douleur, sans gêne de la déglutition.

**BUCHLAND JONES. — Laryngite d'origine indéterminée.**

Enrouement chez un malade de 42 ans depuis un an. Diminution de poids ; l'examen des crachats reste négatif.

**NORMAN PATERSON et J.-C. CATHCART. — Tuberculose du pharynx.**

Tuméfaction de la paroi pharyngée postérieure à surface irrégulière et d'aspect granuleux. La biopsie confirma le diagnostic de bacillose.

BANKS-DAVIS. — En ce qui concerne les ulcérations tuberculeuses, le meilleur traitement consiste en l'application d'acide chronique pur d'une solution de 40 %. En dessous s'est d'efficacité moindre.

SAINT-CLAIR THOMSON cite un cas de tuberculose linguale et laryngée



guéri par des attouchements d'acide chronique. Quant au second cas de Howarth, il avait conseillé une trachéotomie.

LOGAN TURNER. — Le lupus de la langue est très rare ; l'épiglotte est plus souvent atteinte.

WILLIAM MILLIGAN. — Le repos de la voix est une chose extrêmement importante aussi bien dans les lésions inflammatoires banales que dans la tuberculose ; la trachéotomie dans certains cas de lupus, la galvanocautérisation dans d'autres lui ont donné de bons résultats. Le cas de Buckland Jones devait être également une bacillose.

HERBERT TILLEY préconise la tuberculinothérapie, si les autres moyens thérapeutiques restent sans succès. Il cite un cas qui malgré une réaction violente du début guérit complètement au bout de six mois de traitement à la tuberculine.

SMURSHWAITE cite un cas de bacillose laryngée, guérie par trachéotomie à cause de la sténose et le repos vocal complet.

JEWELL rapporte l'histoire d'un lupus du larynx qui avait transformé la glotte en un diaphragme serré ; trachéotomie ; cinq ans après, excision partielle du diaphragme cicatriciel.

N. PATERSON. — Dans son cas la tuméfaction cervicale n'était pas un ganglion, mais un kyste sébacé.

HOWARTH a appliqué de l'alcool iodé à 2 % dans le cas de tuberculose linguale. Une trachéotomie serait indiquée maintenant pour assurer un repos complet de la région. D'autre part il ne faut pas oublier que de pareils cas peuvent guérir uniquement par le changement d'air et la suralimentation.

#### WHARRY. — Canule-trocart modifiée pour sinus maxillaire.

L'instrument présente deux modifications, un anneau protège-pointe et un dispositif permettant un maintien facile et empêchant tout mouvement de déviation.

HERBERT TILLEY met en garde contre le danger de l'insufflation d'air dans le sinus ; il connaît 9 cas de mort par embolie gazeuse.

SAINT CLAIR THOMSON insuffle de l'air avant la ponction et n'a jamais vu d'accidents. Est-il prouvé que ces 9 cas de mort n'ont pu être provoqués par une intoxication cocaïnique ?

CAVENAGH doute que les modifications apportées à la canule puissent éviter plus facilement les accidents.

PARKER connaît 2 cas de perforation vers la joue grâce à des sinus maxillaires très petits avec abcès consécutifs et nécrose du plancher de l'orbite.

#### JEFFERSON FAULDER. — Un cas d'ulcération du pharynx.

Ulcération guérie par l'iodure de potassium et l'extrait de glande thyroïdienne. Le Wassermann était négatif.

#### J. DUNDAS GRANT. — Un cas de tumeur du ventricule chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire.

Jeune fille de 19 ans, se plaignant d'enrouement depuis six mois, l'examen laryngoscopique révéla une tumeur sortant de la partie anté-

rieure du ventricule gauche et reposant sur la corde. Repos de la voix et inhalations créosotées. Ce traitement suffit pour donner une amélioration assez marquée.

IRWIN MOORE. — Il s'agit d'une tuberculose hyperplasique.

CAVENAGH demande s'il n'y avait pas lieu de penser à un fibrome mou.

**BANKS-DAVIS. — A propos de deux corps étrangers de la trachée d'un enfant de 3 ans.**

Il s'agit de deux petits éclats d'omoplate de lapin dont l'un s'était enclavé dans la région sous-glottique immobilisant la corde gauche, l'autre fut trouvé à la trachéotomie en dessous de l'ouverture. La mort fut causée par l'esquille osseuse supérieure immobilisée par une quinte de toux.

**BANKS-DAVIS. — Enclavement d'un sou dans une perforation trachéo-œsophagienne chez un nourrisson de 3 mois.**

La pièce fut retirée par trachéotomie. Etant donnée l'exiguïté de la fente glottique chez un nourrisson de 3 mois, il est invraisemblable que la pièce ait glissé par le larynx. Elle a dû descendre par l'œsophage et se loger dans la communication trachéoœsophagienne, d'où ni la trachéoscopie ni l'œsophagoscopie réussirent à l'extraire. Mort de l'enfant par bronchopneumonie.

IRWIN MOORE rappelle des faits analogues et conseille d'avoir toujours prêt un tube de bronchoscopie dans les cas d'obstruction du tube respiratoire.

**DAN M'KENZIE. — Spasme clonique du voile.**

Après une attaque de rhumatisme aigu la malade âgée de 29 ans eut une contraction clonique des muscles de la déglutition, donnant lieu à un bruit de tic-tac dans la bouche, et se produisant environ 150 fois à la minute et d'une façon plus prononcée, quand la bouche était ouverte. Ce mouvement se produit également la nuit, réveillant parfois la malade.

Le Dr Hæwthorne pense à une névrose fonctionnelle.

J.-H. ZEWELL signale un cas analogue chez un enfant. Le bruit disparut après ablation des végétations.

**C.-A. SCOTT RIDONT. — Obstruction trachéale due à l'arrêt de développement de la trachée.**

Le cas fut rapporté dans la séance du 2 décembre 1921. Les pièces nécropsiques furent montrées à la séance du 3 novembre 1922. Voici les recherches ultérieures du professeur Shattock ; la trachée est aplatie par un goitre. Immédiatement en dessous du corps thyroïde on trouve un gros paquet ganglionnaire. La partie supérieure du thymus est épaissie, l'examen histologique montre un envahissement lymphoïde du type du lymphosarcome.

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE (1)

## SECTION D'OTOLOGIE

*Séance du 16 février 1923.*

**G.-J. JENKINS. — Comparaison pathologique et clinique de l'otosclérose et de l'ostéite déformante** (voir analyses).

CH. BALLANCE encourage l'auteur à continuer ses recherches qui pourront peut-être donner la clef du problème.

G. GRAY pense qu'il existe des altérations analogues dans l'ataxie locomotrice avec fractures spontanées. La présence d'ostéoclastes est contraire à l'opinion de Manasse sur la résorption osseuse par simple pression. Contrairement à Jenkins, il pense que l'otosclérose commence dans l'os et non par une surdité nerveuse, ainsi qu'il a pu le démontrer dans un cas au début. Quant à la pathogénie de l'otosclérose et de l'ostéite déformante, on doit les grouper ensemble ; ce sont des affections dues à des troubles trophiques.

SYDNEY SCOTT a fait des constatations histologiques analogues à celles de Jenkins dans un cas d'ostéite déformante, notamment en ce qui concerne l'étrier ; l'ostéoporose du tibia était identique aux lésions de l'os pétreux : il semble curieux que les malades atteints d'ostéite déformante présentent en même temps une surdité du type de l'otosclérose. La présence des exsudats fibrineux trouvés par Jenkins paraît être une pure coïncidence. Il ne semble pas y avoir de rapports entre les altérations du liquide labyrinthique et les lésions osseuses.

RITCHIE RODGER. — D'après Osler, il semble y avoir une relation héréditaire dans l'ostéite déformante. Le léontiasis de la face et l'acromégalie, faisant partie de ce groupe d'affections, sont considérés comme dus à un trouble de la sécrétion interne ; il est possible qu'une pareille hypothèse puisse s'appliquer à l'otosclérose.

J. DUNDAS-GRANT raconte l'histoire de deux malades, atteints de surdité et d'ostéite déformante.

### III<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES ALLEMANDS

*(17-19 mai 1923) (2).*

**SCHLEMMER. — L'amygdalite chronique et son traitement** (Rapport).

D'après les recherches de Schaffer et celles du rapporteur, ni les amygdales, ni les autres éléments lymphadénoïdes du pharynx n'ont de vaisseaux lymphatiques afférents. L'écoulement de la lymphe des

1. C. R. d'après *Journ. of Laryngo.*

2. Extrait des Compte-rendus, d'après *Centralbl. f. Hals*, t. III, f. 8, p. 389.

amygdales se fait uniquement vers les ganglions sous angulo-maxillaires; il n'existe pas de courant dirigé vers le pharynx contrairement aux dires de quelques auteurs. Le système lymphatique intra-tonsillaire forme un réseau capillaire fermé qui ne s'ouvre pas dans les cryptes amygdaliennes.

Les amygdales palatines ne diffèrent pas du restant du tissu lymphoïde du pharynx. Bien plus la région amygdalienne n'est en somme qu'une partie anatomiquement spécialisée de la muqueuse pharyngée; embryologiquement elle ne constitue qu'une plicature multipliée de cette muqueuse; physiologiquement elle ne peut en différer. Or cette fonction de la muqueuse pharyngée n'est pas univoque. Elle est certainement complexe, ne serait-ce que par sa situation à l'orifice des deux tractus respiratoire et digestif. Il n'est pas impossible d'ailleurs que ces fonctions multiples, au lieu d'être intégralement remplies par toutes les parties de la muqueuse du méso-pharynx, soient en réalité, réparties plus spécialement sur tel ou tel point. C'est dans ce sens qu'il faut concevoir une fonction propre à l'amygdale, fonction qui reste encore à déterminer.

#### DIETRICH. — L'aspect anatomo-pathologique de l'amygdalite chronique (Rapport).

On peut parler d'inflammation chronique, quand le tissu ne reste pas inactif après une inflammation aiguë. Cette réaction peut se traduire soit par la persistance d'effets nuisibles soit par une sensibilité plus grande à des influences minimes ou aux infections nouvelles. En ce qui concerne les amygdales chroniquement inflammées, les reliquats de l'inflammation aiguë, évoluant soit vers la *restitutio ad integrum* (régénération de l'épithélium et des follicules) ou à la réparation (tissu de granulation, cicatrices), d'une part; les agents d'élimination des produits morbides (plasmazellen, leucocytes, cellules géantes), d'autre part, doivent être histologiquement distingués des éléments liés à l'irritation persistante: parakératose, foyers d'infiltration, exsudats, réticulisation pathologique de l'épithélium. Cet état chronique s'exacerbe dans l'amygdalite récidivante; ce qui donne des réactions pathologiques intriquées. Mais en somme il n'y a pas d'aspect spécifique. Et on peut faire les mêmes constatations aussi bien dans l'hypertrophie dite simple, que dans les cas avec endocardite, néphrite, rhumatisme. Et l'amygdale ne peut être considérée dans ces cas, comme la seule porte d'entrée possible.

#### KUMMEL. — L'amygdalite chronique: considérations cliniques (Rapport).

On a l'habitude de désigner cliniquement sous le nom d'amygdalite chronique, non seulement les états inflammatoires chroniques propres dits, mais aussi l'hypertrophie simple, les reliquats d'affections antérieures, les modifications de l'épithélium qui n'ont rien d'inflammatoire, encore que bien entendu ils puissent éventuellement subir l'inflammation. Cliniquement on constatera des signes liés, les uns: l'existence de l'état chronique, les autres à celles de poussées inflam-



matoires. Parmi les premiers, il faut signaler : a) les manifestations nerveuses : paresthésie, toux réflexe, asthme, névralgie, épilepsie, chorée, états psychiques ; b) les troubles de l'appétit et de la digestion ; c) les troubles de sécrétion interne, par résorption tonique des substances venues de l'amygdale ; d) les troubles purement mécaniques liés à l'hypertrophie.

Les manifestations inflammatoires sont limitées à l'amygdale ou à son voisinage immédiat (périamygdalite) ; elles peuvent s'étendre aux ganglions correspondants ou plus loin encore à des organes d'origine séreuse (articulations, gaines tendineuses, plèvres), endocardites, ou plus rarement poliomyélite, névrites, méningites, orchites, ostéomyélite, etc. La néphrite, surtout la néphrite glomérulaire aiguë hémorragique, est particulièrement fréquente. Plus rares sont les septicémies générales graves.

Au point de vue thérapeutique, il ne peut y avoir de règle. Dans l'hypertrophie simple, l'amygdalotomie est indiqué, dans les inflammations localisées pures sans hypertrophie, c'est la discision. En cas de complication générale, on pratiquera le morcellement, ou mieux l'amygdalectomie.

WALDAPFEL. — **L'étiologie de l'angine** (V. *Analyses des mémoires*).

ANTHON et M. H. KUCZYNSKI. — **Recherches étiologiques et anatomiques sur l'amygdalite.**

O. MAYER. — **Constatations histologiques dans l'amygdalite chronique.**

La rétention dans les cryptes est un des facteurs les plus importants de la chronicité. Y prédisposent les opérations incomplètes : amygdalotomie, opérations de Sluder qui doivent être réservées aux aux amygdales pédiculées ; l'amygdalectomie elle-même quand on laisse des cryptes. Il est donc de toute importance pour ne pas nuire au malade, de faire une opération complète.

O. BECK. — **Recherches histologiques sur le processus de guérison après amygdalectomie.**

L'examen de deux malades morts incidemment plusieurs mois après leur opération montre, en dehors d'un processus banal de cicatrisation (avec atrophie par compression et régénération des fibres musculaires englobées dans la cicatrice, épithélium épaissi par places et sans papilles), une reproduction de tissu lymphoïde qui se fait le long des artérioles précapillaires, et tend à prendre la figure de follicules mais sans en avoir la consistance réelle ; les centres germinatifs de Flemming ne sont pas esquissés.

LINCK. — **Sarcome pédiculé de l'amygdale.**

STERNBERG. — **Sur l'action sensibilisatrice de la cocaïne, de la novocaïne et de l'alypine sur l'adrénaline et l'adrénalone.**

**STREIT. — Septicémie après opérations sur le nez et la gorge.**

Rélation de 3 cas (adénoïdectomie, amygdalectomie, coniectomie avec 2 morts) suivie de remarques sur la prophylaxie et la thérapeutique et la recommandation de n'opérer que quand cela est absolument indiqué, même dans les interventions qualifiées de « non dangereuses ».

**LINCK. — Un cas de rhino-sclérome des voies aériennes supérieures.****G. HOFER. — La section du nerf dépresseur dans l'angine de poitrine.**

Alors qu'autrefois on mettait l'angine de poitrine sur le compte des modifications de l'artère coronaire, aujourd'hui on tend à rattacher ce syndrome à une affection de l'aorte. Il était dès lors indiqué de chercher à atteindre les nerfs sensibles de l'aorte. Ce nerf, nerf dépresseur de Cyon et Ludwig, a été décrit par eux chez l'animal comme branche des vagues; physiologiquement il ralentit le pouls et abaisse la pression artérielle. Il a été décrit aussi chez l'homme et Schuhmacher le fait naître des premiers rameaux des vagues. Avec Espinger, l'auteur a pu sectionner des deux côtés ces filets venus du laryngé supérieur et obtenir dans 5 cas une sédation complète des crises d'angine de poitrine.

**STEURER. — Les principes directeurs de la construction d'un autoscope autostatique.****HASSLINGER. — Appareil autostatique pour laryngoscopie directe.****BRUGGEMANN. — Perfectionnement à ma méthode d'hypopharyngoscopie.**

Au lieu de transfixer le ligament conoïde avec un fil (V. *Analyses*, 1923, p 694). B. se sert maintenant d'une pince qui saisit ce ligament à travers la peau, après anesthésie locale.

**ZANGE. — Traitement de la tuberculose du larynx par la roentgenthérapie.****MANASSE. — Anatomie pathologique des sinusites (Rapport).**

M. expose ses recherches personnelles. Il décrit l'état de la muqueuse et de l'os dans les sinusites aiguës, particulièrement dans les périostites et les ostéomyélites aiguës. Histologiquement, on doit distinguer dans les sinusites chroniques les formes œdémateuses, granuleuses et fibreuses, qui ne se séparent pas d'ailleurs absolument l'une de l'autre. L'auteur expose également le développement des

formations polypeuses et kystiques, ainsi que les modifications osseuses secondaires.

HALLE. — **Les opérations sur les sinus** (Rapport).

Pour pouvoir apprécier le meilleur procédé opératoire, il faut bien se rendre compte du processus de guérison spontanée. Or le principal facteur de guérison est l'air de respiration et de mouchage qui circule facilement dans un nez perméable ou rendu tel. Le rapporteur établit l'action de cette circulation d'air et expose l'application de ce principe aux interventions sur les sinus. Donc sont inopérantes toutes les opérations qui, pour le sinus maxillaire, établissent une communication permanente avec la bouche. Tous les procédés d'intervention sur le sinus maxillaire s'effacent devant le Caldwell-Luc et le Denker et aujourd'hui devant l'opération de Canfield-Sturmman; exceptionnellement celle de Cowper-Ziem se trouve indiquée (ouverture du sinus au moment de l'extraction de la dent). Pour le sinus sphénoïdal, l'ablation de la paroi antérieure suivant Hajek réussit le plus souvent, si l'ouverture du sinus sphénoïdal n'est pas suffisante. Mais cela ne suffit pas dans les cas anciens, car l'ouverture se referme et fait rétention. H. recommande son procédé pour ces cas. Il consiste à détruire à la fraise non seulement la paroi antérieure, mais surtout la paroi inférieure, après avoir taillé deux lambeaux muco-périostés aux dépens de la face antérieure, lambeaux qu'on rabat ensemble dans la cavité agrandie, après avoir au besoin cureté la muqueuse sinusienne.

Pour l'ethmoïde, il faut s'efforcer en principe de conserver le cornet moyen. Son ablation est en général superflue et par sa présence il sert de point de repère et de protection contre la lame criblée. On doit en effet avoir soin de faire le nettoyage des cellules jusqu'à la base du crâne. Or par les techniques anciennes, seules les cellules postérieures et moyennes peuvent être curetées complètement sans danger; il n'en est pas de même pour les cellules antérieures. Ces dernières ne peuvent être traitées avec sécurité que par le procédé du rapporteur, dont celui-ci rappelle les principes.

Pour le sinus frontal, la question esthétique intervient en plus. Il faut éviter les deux écueils entre lesquels ont oscillé d'une part les partisans à outrance de l'esthétique qui font des opérations conservatrices, mais ne guérissant pas la sécrétion d'une manière définitive et d'autre part les partisans d'une opération excessivement large, à la manière de Riedel, qui font une opération mutilante et dangereuse. Le rapporteur suit en principe la ligne de conduite suivante. Il pratique l'opération endonasale dont il est l'auteur, opération qui crée vers le sinus frontal une voie non dangereuse et d'accès suffisant. Elle permet d'enlever en grande partie le plancher du sinus frontal, d'atteindre sûrement l'infundibulum et la plus grande partie de la cavité et d'inspecter la muqueuse malade. Mais évidemment cette manière de faire ne permet pas d'atteindre tous les diverticules des grandes cavités. Mais, comme on le sait, on ne cherche pas actuellement à détruire systématiquement toute la muqueuse. Si alors la guérison n'est pas obtenue, il faut faire une opération externe. Le rapporteur passe alors en revue les principaux procédés. Il rejette l'opération de Rie-

del qui ne convient d'ailleurs pas aux petits sinus, l'opération de Killian si longtemps en vogue, mais abandonnée depuis que son inventeur est mort; les résultats curatifs et esthétiques laissent souvent à désirer. La suppression totale de la cavité, à la manière de Szamoylenko, inutile dans les petits, est irréalisable dans les grands sinus.

En réalité ce qu'il faut éviter, c'est de laisser des espaces morts. L'auteur y parvient par son opération combinée. On commence par tailler dans le nez un lambeau muco-périosté comme dans l'opération intranasale sur le sinus. On opère ensuite le sinus par voie externe suivant le procédé de Ritter; on enlève soigneusement l'apophyse montante maxillaire supérieure et le lambeau intra-nasal est rabattu et suturé sur les tissus périorbitaires. Ainsi se trouvent réalisées et une communication permanente avec le nez et l'absence de tout espace mort. Les résultats obtenus sont remarquables au point de vue esthétique et thérapeutique.

**HAJEK. — Indications des différents modes de traitement et des procédés opératoires dans les sinusites (Rapport).**

Dans la sinusite chronique H. recommande l'opération de Canfield-Sturmman parce qu'elle épargne le plus le tissu osseux. Les indications dans les sinusites frontales sont des plus confuses. H. après avoir discuté le traitement conservateur, discute le traitement opératoire, les avantages et les inconvénients de l'opération externe et arrive à la conclusion qu'on n'est pas encore arrivé à la solution d'une pratique suffisamment constante dans ses résultats et curateurs et esthétiques. La méthode intra nasale de Halle paraît constituer un progrès. Dans les ethmoïdites, il tient l'opération endonasale comme très recommandable, car même les cas très accusés arrivent à guérir par ce procédé. L'évidement total doit être réservé aux affections étendues du labyrinthe; toutes les méthodes se valent ici, ne différant que par des détails de technique. Une mention particulière est accordée aux procédés de Halle pour l'ouverture des cellules infundibulaires de l'aggr nasi, pour l'ethmoïdectomie totale et pour son opération sur le sinus frontal.

Dans les opérations externes, H. distingue : 1° les opérations typiques, parmi lesquelles le Killian; 2° les opérations atypiques. Les sphénoïdites chroniques sont à traiter par voie endo nasale par le procédé de Hajek. Le rapporteur termine en mentionnant les procédés d'attaque du sphénoïde par le sinus maxillaire, par l'orbite, par extension du Killian, par voie septale.

**WAGENER. — Topographie du labyrinthe postérieur.**

**KNICK. — Radiodiagnostic des affections sphénoïdales.**

L'auteur préconise la technique suivante : film placé horizontalement dans la bouche; direction des rayons suivant la ligne axiale.

**TONNDORF. — Considérations sur l'interprétation des images radiographiques des sinus.**

Radiographiquement, il est impossible de préciser la nature étiologique d'une opacité.



**UFFENORDE. — Pourquoi et comment doit-on opérer le sinus frontal par voie orbitaire.**

Les buts de l'opération de Halle sont aussi bien, sinon mieux remplis par l'opération externe. Celle-ci a de plus les avantages suivants ; vue meilleure sur la région, danger moindre, facilité d'exploration ou de destruction de la muqueuse malade, des formations telles que bulle ethmoïdale, septa, large recessus orbitaire. Ces avantages contrebalancent largement les inconvénients éventuels : tuméfaction orbitaire à la suite de rhume, diplopie, formation kystique. La plastique de la muqueuse lui paraît aussi recommandable que celle de l'évidement pétro-mastoidien. Mais pour former les lambeaux, il faut que la perte de substance osseuse soit plus large qu'on ne le fait habituellement. Donc il faut enlever totalement le plancher du sinus frontal, l'unguis, l'apophyse montante et l'os propre du nez. Les lambeaux sont prélevés sur la muqueuse nasale supérieure en avant de l'insertion du cornet moyen. Ils sont taillés de telle façon que le lambeau inférieur, grand, ayant sa base sur la partie antérieure du cornet inférieur est rabattu sur la péri-orbite tandis que le lambeau supérieur, petit, ayant sa base à la partie antéro-supérieure du toit de la cavité nasale est rabattu au milieu vers la cloison intersinusale.

**LANGE. — Les réopérations sur le sinus frontal.**

**SCHEIBE. — Les dangers vitaux des sinusites et de leurs méthodes de traitement.**

**O. HIRSCH. — La production des polypes.**

Les polypes se développent à la suite des inflammations catarrhales des sinus, dont ils sont le symptôme. Dans la polyposse récidivante c'est le sinus maxillaire qui est le plus souvent malade ; ce qui ne veut pas dire que les autres sinus ne puissent pas produire de polypes

**UFFENORDE. — Comment se développent les polypes rétro-nasaux.**

Confirmation de la théorie de Killian : point de départ dans le sinus maxillaire.

**BRANCKMANN. — L'appréciation du langage.**

**BRÜNER ET FRUHWALD. — Recherches sur la formation des vocales chez les sourds-muets.**

**WOLFF. — Nécessité de pratiquer l'épreuve de Rinne avec 4 diapasons se succédant d'octave en octave.**

**FISCHER. — La cinématographie en otologie.**

**ALEXANDER. — Nomenclature anatomique de l'oreille interne.**

**O. VOSS. — Traumatisme obstétrical et appareil auditif.**

L'auteur a rencontré des hémorragies dans tout l'organe auditif, quelquefois de la dégénération du nystagmus cochléaire et du ganglion spiral. Chez un enfant de 13 mois, il trouva des altérations du limaçon que la présence de pigment sanguin ancien a fait rapporter au traumatisme obstétrical, et analogues à celles décrites jusqu'ici comme inflammations, malformations et hydropysie labyrinthique intra-utérines. Ce point peut amener à modifier nos conceptions sur la surditité.

**CHAROUZEK. — Rôle des vaisseaux labyrinthiques dans les réactions vestibulaires.**

Les substances qui agissent sur les vaisseaux influent sur la réaction vestibulaire.

**KRASSNIG. — Les troubles fonctionnels dans la syphilis du cochléaire. Remarques sur l'influence du traitement par le salvarsan.**

La diminution de la conduction osseuse est moins constante qu'on ne le dit : 10 % des cas seulement. D'ailleurs cette réduction signifie simplement : affection labyrinthique, alors que nous savons que dans un grand nombre de cas la surdité syphilitique a son point de départ dans le tronc nerveux, et est donc rétro-labyrinthique. Quand la surdité diminue sous l'influence du traitement, ce sont les tons graves qui réapparaissent les premiers et complètement, tandis qu'en général l'audition des tons aigus ne revient qu'après et seulement partiellement. Tout ceci montre donc que la surdité syphilitique n'est qu'un symptôme d'une méningite basilaire.

**STEURER. — Arrosion expérimentale de la capsule labyrinthique.****RUNGE. — Nouvelle contribution au développement et signification fonctionnelle de la dégénérescence neuro-épithéliale.**

Chez un tuberculeux, l'audition était bonne une demi-heure avant la mort.

Des altérations agoniques et post-mortem pouvant être éliminées de l'interprétation des lésions constatées, ce sont bien des lésions intravitales.

Dans la discussion, la plupart des auteurs s'élèvent contre un tel point de vue et les conséquences qui en découlent (audition possible sans organe de Corti) et pensent qu'il s'agit soit de lésions post-mortem soit de lésions artificielles de préparation.

**SZASZ. — Sur le liquide labyrinthique.**

Chez le chien, le liquide retiré par ponction de la fenêtre ronde, présente le même indice de réfraction que le liquide céphalo-rachidien et lui est donc identique.

**POGANY. — Affections labyrinthiques, représentant vraisemblablement des formes abortives de méningite cérébro-spinale ou relevant d'intoxication.**

**HELLMANN. — Surdité labyrinthique chronique progressive et vertige de Menière ; ostéite chronique m taplastique de la capsule labyrinthique.**

**O. MAYER. — Nouvelles recherches sur l'Otosclérose.**

**FREY ET KRISER. — Radiothérapie de l'Otosclérose.**

Bons résultats par l'irradiation de la région thyroïdienne et des rochers.

**BLOHMKE. — Diagnostic des tumeurs cérébrales.**

Difficultés de la localisation ; même les signes de foyer peuvent induire en erreur sur le siège.

**M. MEYER. — Cholestéatome de la base du cerveau, évoluant sous l'aspect d'une tumeur de l'hypophyse.**

**RUTTIN. — Suppuration latente de l'oreille moyenne,**

**LEICHER. — La désinfection chimique d'une plaie ouverte d'antrotomie a-t-elle une raison d'être ?**

Oui à condition que l'antiseptique soit approprié à chaque germe pathogène et ne soit pas uniformément employé dans tous les cas.

**FREMEL. — Morphologie et développement de l'abcès cérébelleux.**

(V. *Analyses des Mémoires*).

**BRUGGEMANN. — Un symptôme inhabituel d'abcès du cervelet.**

En dehors des symptômes classiques il y eut des troubles de la parole et paralysie de la déglutition. Quoique s'étant développé du même côté d'une otite avec cholestéatome, l'abcès du cervelet (ainsi que l'a démontré l'autopsie) en était indépendant et était en relation avec une bronchectasie étendue.

**EHRENFRIED. — Otite avec méningite, suite de traumatisme.**

**KRAINZ. — Le revêtement des cellules mastoïdiennes.**

Les cellules ne sont pas revêtues d'une muqueuse vraie, mais d'un simple épithélium, reposant sur le reliquat de l'endoste.

**KLESTADT. — A propos des contractions de l'œsophage.**

Les variations de volume de l'œsophage ont été enregistrées en même temps que la respiration thoracique et abdominale. Chez l'homme normal, la phonation n'influence que peu le graphique de l'œsophage. Mais chez les laryngectomisés, les essais de phonation (voix bucco-pharyngée) déterminent des contractions actives de l'œsophage. Elles dépendent à la fois de la musculature striée et de la musculature lisse. La première utilise l'air avalé pour la phonation, la deuxième dirigée par en bas la partie non utilisée de l'air.

**GUTTICH. — Dégénérescence maligne d'un kyste dentaire chez un garçon de 14 ans.****AMERSBACH. — Lésions du récurrent dans la strumectomie.****IMHOFFER. — Nodules des chanteurs et phonasthénie.****O. MAYER. — Nouvelle incision dans la laryngectomie totale.**

Pour éviter, comme dans la méthode de Glück, la concordance des lignes de suture de la peau et du pharynx et pour éviter les espaces morts, M. taille un lambeau à base hyoïdienne qu'il rabat, après extirpation du larynx sur la muqueuse du pharynx. La perte de substance persistant autour de l'ouverture trachéale est recouverte par un lambeau taillé sur la peau du sternum.

**OLSSON. — Graves complications d'une sinusite frontale.**

Ostéomyélite progressive du frontal et abcès extradural qui ne guérissent qu'après des opérations répétées.

**ULLMANN. — Relations du larynx avec le pouvoir olfactif.  
(V. *Analyses des Mémoires*).****H. STERN. — Nouvelles recherches sur le mécanisme de la parole chez les laryngectomisés.****TERBRUGGEN. — Traitement de l'ozène et des rhinites atrophiques par les injections d'autosang.**

Environ trois séances sont nécessaires; 10 centimètres cubes à chacune d'elles. Bons résultats datant actuellement de six mois. Le sang s'organise très rapidement.

---



## SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE BERLIN

*Séance du 16 janvier 1923.***WOLFF. — Leontiasis ossea.**

Présentation du malade.

Le squelette osseux est très épaissi, des apophyses zygomatiques à l'ouverture pyriforme. Les fosses nasales sont oblitérées par le processus hyperplasique. La radiographie montre l'envahissement de l'orbite droit, des hyperostoses au niveau des rochers ; rien au niveau de la selle turcique. L'examen histologique montre une ostéite fibreuse.

GROSSMANN, dans un cas analogue, a pu rendre une respiration nasale suffisante au malade, en abrasant au ciseau des masses osseuses qui étaient dures comme de l'ivoire.

**THIELEMANN. — Abscès du lobe frontal.**

Coup de fourche dans l'angle interne de l'œil. Evolution silencieuse. A l'occasion d'une anesthésie à l'éther, brusquement paralysie respiratoire et cardiaque. L'auteur en voit la cause dans les modifications de la pression artérielle et de la tension cérébrale, à l'occasion de l'anesthésie.

HALLE a vu un cas d'abcès cérébral, consécutif à une blessure de guerre et ayant évolué six ans et demi presque sans symptôme.

GROSSMANN se rappelle d'un abcès cérébelleux au cours de l'opération duquel, survint de la paralysie respiratoire. Mais on put continuer l'intervention, la tête pendante, ce qui vient à l'appui de la théorie que l'irrigation sanguine du centre respiratoire et la pression artérielle intra-cranienne sont influencées par la position de la tête.

*Séance du 16 février 1923.***FINDER. — Accident au cours d'un lavage du sinus-maxillaire.**

Il s'agit d'un lavage fait avec une solution boriquée dans une cavité antrale, opérée depuis deux jours suivant le procédé de Caldwell-Luc. Perte de connaissance ; sueurs froides ; dilatation des pupilles ; pouls incomptable ; secousses cloniques des membres. Durée : deux minutes. F. pense à un choc réflexe.

**V. EICKEN. — Extraction d'une aiguille et de son fil de la bronche gauche.**

Après avoir attaché une soie aux deux chefs du fil noués ensemble (car ils étaient assez longs pour faire saillie en dehors de la bouche), Eicken introduisit le bronchoscope en engageant les fils dans la cavité

de l'instrument. La pointe de l'aiguille était fixée dans la paroi externe de la bronche gauche, le corps de l'aiguille était à cheval sur la bifurcation trachéal et la tête s'appuyait sur la paroi droite de la trachée. Refoulement de la trachée vers la droite avec le bec du tube; ce qui entraîna fortement l'aiguille en avant et rendit l'extraction facile.

ANTHON. — **Malformations congénitales de l'ouverture laryngée.**

MINNIGERODE. — **Hypertrophie congénitale des cartilages de Wrisberg.**

---

## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGO-RHINOLOGIE

*Séance du 6 juin 1923.*

A. HEINDL. — **Gomme étendue du pharynx, de l'amygdale gauche et de la langue, guérie par le trépol.**

HUTTER. — **Tumeur de la langue : lipome**

Masse indolore, lisse, sous muqueuse, non ulcérée, occupant la partie postérieure de la langue; latérale, elle a la consistance du lipome ce qui élimine le goître lingual. La ponction négative écarte le kyste. Pas de modification par l'iode.

Glas rappelle un cas objectivement analogue qui était un sarcome à cellules fusiformes. Il conseille l'ablation à l'anse galvanique.

FEUCHTINGER. — **Cancer de la base de la langue, opération, plastique; guérison.**

L'ablation de la tumeur ayant nécessité le sacrifice de l'amygdale et d'une partie du pharynx, il s'ensuivit une fistule bucco pharyngée. Aussi pour combattre les dangers d'aspiration, Feuchtinger fit dans un 2<sup>e</sup> temps l'ablation du pharynx non cancéreux (!). Après quoi il ne restait plus qu'une fistule au plancher de la bouche. Elle fut comblée par plusieurs opérations qui utilisèrent la partie antérieure restante de la langue. Le malade est présenté guéri, un an après la première intervention.

2<sup>o</sup> **Cancer du maxillaire supérieur. Opération. Plastique. Guérison.**

3<sup>o</sup> **Phlegmon pharyngé post-angineux à marche descendante, guéri par incisions cervicales et médiastinotomie.**

GLASS. — **Rhinolithe choanal.**

LEIPEN. — **Hérisangiome de l'épipharynx.**

**HOFER.** — **Trachéo malacie bilatérale totale. Strumectomie et trachéopexie.**

Vingt-deux ans après une trachéotomie pour diphtérie et où la canule avait été enlevée au bout de cinq mois, réapparurent les phénomènes asphyxiques. Trachéotomie. La trachéoscopie montre alors une sténose allant du 1<sup>er</sup> au 4<sup>e</sup> segment trachéal, une disparition complète de la saillie des anneaux et la mobilité des parois trachéales pendant la respiration. L'incision du tissu cicatriciel péri-trachéal ne donne pas de résultat. C'est alors qu'on pratique l'ablation du goître coexistant et la suture des parois trachéales aux muscles cervicaux. Le sujet va pouvoir être décanulé.

**WESELY.** — **Corps étranger de l'œsophage (porte-coton nasal).**

**HASLINGER.** — **Corps étranger des voies aériennes supérieures.**

Fragment de jouet en caoutchouc dur, extrait sous-narcose chez un enfant de 18 mois de la 1<sup>re</sup> bouche droite où il était tombé, pendant l'extraction de la sous-glotte, son siège primitif. Secondairement il a fallu tuber puis trachéotomiser l'enfant.

**SUCHANEK.** — **Appareil d'éclairage pour l'appareil à laryngoscopie direct d'Haslinger.**

**MENZEL.** — **Préparations histologiques 1<sup>o</sup> d'un diaphragme trachéal 2<sup>o</sup> d'une atrésie choanale congénitale.**

Les malades ont été montrés à la séance précédente. Le 1<sup>er</sup> cas montre qu'il s'agit d'un diaphragme congénital (fibres élastiques et filets nerveux). Le 2<sup>e</sup> qui s'est montré être uniquement fibreux (et non fibro-osseux comme on l'avait pensé), offre également une structure d'atresie congénitale (épithélium cilié, tissu conjonctif et ilots lymphadénoïdes).

**MENZEL.** — **Sinusite aiguë fétide avec nécrose circonscrite de la muqueuse.**

**M. WEILL.** — **A propos de polypes nasaux. (V. Analyse des mémoires).**

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

*Séance du 23 juin 1923.*

**E. URBANTSCHITSCH.** 1<sup>o</sup> **Tuberculose primitive du rocher chez un nourrisson.**

2<sup>o</sup> **Vésicule séreuse du tympan, sans autre manifestation inflammatoire ni trouble auditif.**

**FRÖSCHEL. — Nouvelle méthode de mesure de l'audition dans la surdité accusée et les surdi-mutités.**

Alors que la recherche du réflexe cochléo-palpébral, pratiqué classiquement a souvent donné un résultat négatif chez ces sujets, Fröschel a eu un résultat positif en se servant d'un tube relié d'une part à l'oreille à explorer et d'autre part à l'harmonica d'Urbantschitch. Il a ainsi obtenu des contractions du visage et même un recul du corps du sujet.

**O. BECK. — Perte des fonctions labyrinthiques avec manifestations subjectives légères. Labyrinthostomie. Signes simulant un abcès du cervelet. Guérison.**

H. 22 ans, otite chronique droite. Céphalées, vertiges modérés. Inexcitabilité labyrinthique (survenue en trois semaines) vestibulaire et cochléaire. Pas de nystagmus spontané. Ce qui peut s'expliquer ainsi que le peu d'intensité des vertiges, par la diffusion progressive et lente d'une labyrinthite circonscrite. Labyrinthothomie. Le lendemain, signes faisant passer à un abcès du cervelet : vertige extrêmement violent, nystagmus très vif du côté malade : céphalées violentes, somnolence, résistance dans les mouvements de la tête ; adiadococinésie bilatérale, surtout gauche. Cependant les symptômes ne s'imposaient pas au point qu'on ne put attendre. De fait, les symptômes s'amendèrent. Le malade est guéri. Ponction lombaire ; normale.

**BONDY. — Trépanation simple de la mastoïdite avec drainage par le conduit.**

Après nettoyage de la mastoïde, ablation des deux tiers externes du conduit auditif osseux ; plastique de Panse. Introduction d'un drain en verre. Suture primitive.

La guérison est rapide : 15 jours dans le cas présenté.

**BONDY. — Compensation du nystagmus rotatoire avec excitabilité calorique normale.**

Il s'agit d'une vieille radicale où l'on constata le signe de la compensation de Ruttin, alors que le labyrinthe était facilement excitable aux épreuves calorique et galvanique. Cochléaire inexcitable.

**NEUMANN. — 1° Mucocèle du sinus frontal 2° Chéloïde. rétro-auriculaire.**

**FORSCHNER. — Radiothérapie de l'othématome, 21 cas guéris par ce procédé.**



DEUTSCH. — Exostoses endocraniennes coexistant avec une otosclérose.

Le cas est intéressssant (ici les exostoses sont au niveau du frontal) en ce sens qu'avec plusieurs autres, il vient à l'appui de la théorie qui voit dans la formation d'exostoses au niveau du rocher une des caractéristiques de l'otosclérose.

RUTTIN. — Hypoexcitabilité croisée aux réactions rotatoire et calorique au cours d'une syringobulbie.

---

# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

---

E. C. ERVES. — **Précautions à prendre dans l'anesthésie locale** (*Annals of. Otol.*, t, XXXV, sept. 1923, n° 3, p. 904).

A propos d'un cas de mort, après anesthésie à la novocaïne pour amygdalectomie. E. recommande :

1° La recherche attentive des antécédents et un examen clinique soigneux pour déceler notamment : le nervosisme, les névroses, l'épilepsie, les lésions cardiaques et la diathèse lymphatique ;

2° De rechercher la susceptibilité à l'anesthésique qu'on se propose d'employer ;

3° De n'utiliser que la moindre quantité de toxique possible, d'ajouter toujours de l'adrénaline pour diminuer la rapidité de l'absorption, de se servir de solutions fraîches et de réserver les solutions fortes aux badigeonnages ;

4° D'injecter lentement, en faisant attention de ne pas piquer un vaisseau ;

5° D'opérer le sujet en position déclive, qui évite un effort au cœur ;

6° D'être prêt à combattre les symptômes toxiques.

ST. ROWBOTHAM. — **Intubation laryngée dans l'anesthésie générale.** *Brit. Méd. Journal*, 30 juin 1923, p. 1090.

3 figures qui expliquent mieux le mécanisme qu'une description.

KAUFFMANN.

N. PATTERSON. — **De la diathermie dans les cancers de la bouche, du pharynx et du nez.** *Brit. Méd. Journal*, 14 juillet 1923, p. 57.

Quand la tumeur est petite, superficielle, située loin d'organes importants, quand il n'y a pas d'adénite, la chirurgie donne de grands succès. Si elle est étendue, profondément enracinée, s'il existe de l'adénopathie, mieux vaut ne pas recourir à la chirurgie. Il faudra toujours recourir au microscope pour être sûr du diagnostic. Le Wassermann est positif dans presque tous les cancers buccaux ou pharyngés.

L'ablation des ganglions ne se fera qu'après avoir diathermisé la tumeur, par le bistouri. Si l'adénopathie est volumineuse, il vaut mieux enlever d'abord les ganglions. Si on ne peut les enlever complètement, la diathermie ne sera qu'une mesure palliative. Il sera utile de lier la carotide externe pour prévenir les hémorragies.

Suivent 17 observations, sans récurrence depuis plusieurs années.

KAUFFMANN.

CHICHEL NOURSE. — **Les débuts de l'otologie : l'œuvre de Flourens.** *Journ. of Laryngology and Otology*, juillet 1923, vol. XXXVIII, f. 7, p. 354.

L'auteur, dans un cours inaugural, retrace la vie et l'œuvre de Flourens, et démontre l'importance de ses travaux grâce auxquels les conceptions, alors purement anatomiques, du système nerveux eurent une base physiologique et virent attribuer aux différentes parties de l'encéphale des fonctions distinctes. Les expériences sur les canaux semi-circulaires chez le pigeon et le lapin sont l'objet d'un exposé très complet. L'auteur profite de cette occasion pour rendre un hommage à l'Académie des Sciences, « that noble foster-mother of all the sciences ».

A. QUIRIN.

J.-P. MILTON et J.-G. WILSON. — **La détermination physique de l'audibilité minima.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, août 1923, p. 405, vol. XXXVIII, f. 8.

Le présent travail est le résultat de recherches sur le seuil de la perception auditive.

Pour leurs expériences, les auteurs ont utilisé l'audio-oscillateur, produisant tous les tons de l'oreille auditive avec possibilité de les réduire en-dessous du seuil auditif. Il faut, bien entendu, atténuer toute cause d'erreur aussi bien psychologique que physique. Pour supprimer l'erreur personnelle, ils ont pris une série de quatre observations, deux pour la disparition et deux pour la réapparition des tons, et ont fixé le seuil en déterminant la moyenne. La résonance des récepteurs téléphoniques a été éliminée par le choix de récepteurs dont la fréquence de résonance était située au-dessus de l'étendue recherchée, c'est-à-dire au-dessus de 5.620 vibrations doubles pour l'une et 5.890 vibrations pour l'autre.

Les résultats sont représentés par des courbes sur un système de coordonnées, dont l'abscisse indique les vibrations doubles par seconde, et l'ordonnée la valeur réciproque de l'énergie vibratoire exprimée (en ergs), du diaphragme du récepteur, calculés en logarithmes.

Les courbes montrent que l'oreille est à peu près sensible d'une façon égale pour les tons de 100 à 5.000 vibrations doubles. Elles montrent aussi que les deux oreilles même normales aux épreuves auditives, ne possèdent jamais la même sensibilité qui est plus accentuée chez les jeunes que chez les vieilles personnes. Les auteurs ont ainsi examiné 54 oreilles et établi leurs courbes, oreilles normales, et oreilles atteintes de surdités variées. Ayant appliqué cette méthode à quelques cas de surdité labyrinthique et nerveuse, ils estiment que la neurologie aura tout intérêt à l'utiliser avec profit. Malheureusement le prix de l'appareil, les calculs compliqués, restreignent pour l'instant considérablement l'emploi de cette méthode qui semble être la plus exacte.

A. QUIRIN.

V. DAHLSTRÖM. — **Exostose pédiculée du conduit auditif externe.** *Acta. oto-lar.*, vol. V, f. 2, juin 1923.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, sans affection auriculaire antérieure ; depuis trois semaines, chute de l'audition à gauche et sécrétion séreuse du conduit. A l'entrée du conduit, et la remplissant presque totalement, on voit une tumeur légèrement rouge et de consistance osseuse que le stylet contourne partout sauf en arrière et en bas où à 1 centimètre de profondeur se trouve un mince pédicule.

Section de ce dernier au maillet ; ablation de la tumeur. Tympan normal. L'audition redevient normale après l'opération. Le pédicule était inséré à l'union des portions osseuse et cartilagineuse du conduit. Dimensions de la tumeur : 10 sur 8 millimètres. Au microscope : tissu spongieux lamellaire dont la couche externe forme une coque mince, entourée du périoste et d'un tégument sans glandes. *L'auteur.*

CALAMIDA. — **La suture du périoste dans les plastiques rétro-auriculaires et frontales.** *Bollettino delle malattie della gola...* Ann. XII, février 1923, n° 2.

L'auteur emploie la méthode suivante : suture du périoste au catgut très fin, puis suture de la peau au crin de Florence. Cette double fermeture offre les avantages suivants : solidité et barrière de défense plus énergique, aux infiltrations muco purulentes (en particulier dans les plastiques d'évidement). Enfin le périoste, reste vivant, produisant de l'os, accroît la résistance de la plastique, et prévient aussi les mastoïdites récidivantes. *LAPOUGE.*

H.-M. TAYLOR. **Causes et prophylaxie des manifestations otiques consécutives à la natation et au plongeon.** *Journal. of. Amer. Médic. assoc.*, 1923, 4 août p. 349.

Laissant de côté les poussées et les complications otiques, accidents classiques dus à l'introduction d'eau dans le conduit, auditif externe ou dans la trompe d'Eustache, T. s'attache surtout à l'étude de causes moins connues. Il met au premier rang le refroidissement de la peau consécutif à un bain de trop longue durée ; d'où amoindrissement de la résistance générale du sujet. Il en résulterait également (expériences de Mudd, Grant et Goldmann), du côté de la muqueuse nasale, un réflexe vaso-constricteur avec ischémie consécutives et un abaissement de la température des muqueuses nasale et pharyngée pouvant aller jusqu'à 60 centigr.

L'action combinée de ces facteurs trouble les conditions d'habitat des bactéries nasales et favorise l'infection. C'est pourquoi ces accidents se voient surtout dans les piscines où fait généralement défaut l'action séchante et réchauffante du soleil.

D'autre part l'introduction d'eau dans les fosses nasales, balayant le mucus nasal, supprime le pouvoir inhibiteur (et non bactéricide) de ce dernier vis-à-vis des microbes et expose la muqueuse à l'action destructive de l'eau. Ainsi s'expliquent aussi en particulier les sinusites consécutives à la natation.



La prophylaxie s'impose d'elle-même : courte durée des bains ; introduction de tampon d'ouate dans le nez, surtout pour plonger. Enfin collaboration étroite avec les services sanitaires pour obtenir une désinfection rigoureuse et régulière des piscines.

ST. LOW. — **De la succion dans le traitement des otites.** *Brit. Méd. Journ.*, 14 juillet 1923, p. 62.

L'auteur est l'ennemi des injections dans l'oreille. Il s'est toujours bien trouvé de la succion. On introduit un tube en caoutchouc dans l'oreille. On adapte à ce tube une seringue d'un certain volume et on aspire le pus ou la sérosité. Si on a fait la paracentèse, on peut appliquer, dans la plaie tympanique, l'extrémité fine d'un tube et l'on appliquera le traitement pendant les quarante-huit heures. De même dans les otites chroniques.

*Kauffmann.*

A. LAVRAND. — **Otite moyenne aiguë avec abcès sous-mastoïdien sans mastoïdite.**

Ce cas souligne la difficulté d'établir la nature des lésions des parties molles avoisinant l'apophyse mastoïde. Sont-elles des affections isolées ou dépendantes d'une infection mastoïdienne ? Courte durée de l'otorrhée, siège de la tuméfaction, œdème du conduit, intensité de la douleur à la pression, fièvre... aucun de ces signes ne peut en imposer pour l'une ou pour l'autre de ces affections. Ce diagnostic n'est cependant pas sans importance. S'il s'agit d'une lésion isolée des parties molles, une simple incision peut suffire. Si, au contraire, l'on ne peut pas éliminer tout à fait la participation de l'antré, un évidement osseux est nécessaire. D'où l'alternative embarrassante entre deux traitements bien différents.

Ce cas, rapproché des autres observations du même ordre publiées par LUC, JACQUES et CITELLI, permet de tirer quelques déductions pratiques. Tout d'abord, il faut tenir compte chez l'enfant, de la structure anatomique du temporal. La suture pétro-squameuse constamment occupée dans l'enfance par des tractus fibreux et vasculaires, offre une voie de migration aux germes venus du pharynx, vers les couches superficielles du temporal, dans sa portion rétroméatique. En second lieu, le développement encore insignifiant de l'apophyse mastoïde, contraste avec l'évolution déjà très avancée des cavités de l'oreille moyenne, qui sont ainsi rendues toutes proches de la paroi externe de cet os. Par là, s'expliquent la fréquence des complications périostiques chez l'enfant et leur apparition dans les otites aiguës, avant toute suppuration antrale ou mastoïdienne proprement dite.

Le cas rapporté en est une nouvelle preuve. Il incite, à réduire l'acte chirurgical à une simple incision. Mais en procédant de la sorte, il sera toujours prudent d'utiliser cette incision, comme un moyen d'exploration. Par elle, l'on peut examiner toute la face externe de l'apophyse mastoïde. Et quand on aura pu s'assurer, de cette façon, qu'aucune fistule osseuse ne correspond avec l'abcès, alors seulement cette simple ouverture de la collection pérिमastoïdienne pourra être jugée suffisante, momentanément tout au moins.

R.-A. FENTON. — **Mastoïdite chez les gens âgés.** *Annals of otol.*, t. XXXII, sept. 1913, n° 3, p. 820.

Les statistiques s'accordent en général pour trouver au-dessus de 70 ans un pourcentage d'un peu moins de 2 % des mastoïdites. F. rappelle leur symptomatologie insidieuse bien connue et en rapporte quelques exemples, dont certains montrèrent à l'opération des destructions osseuses étendues. Dans l'étiologie on trouve souvent une diminution brusque de la résistance générale, suivie d'une bronchite ou d'une poussée aiguë d'une bronchite chronique. La radiographie peut être très utile pour le diagnostic.

L'opération demande quelques précautions particulières, une asepsie plus rigoureuse que jamais ; anesthésie générale précautionneuse, de préférence à l'anesthésie locale susceptible de donner un choc psychique. Opération extrêmement rapide ; et surveillance post-opératoire par un médecin général.

W. KUMMEL — **Suppurations circonscrites de la mastoïde.** *Acta Oto. Lar.*, vol. V, f. 2. Juin 1923.

3 cas d'otite aiguë, donnant cliniquement tous les signes d'une mastoïdite et où, à l'opération, l'antre et les cellules d'abord ouvertes n'étaient que peu ou pas altérés. Dans un cas, une réopération montra de grosses cellules purulentes aberrantes, derrière et en dedans de l'antre. Dans un autre, ces cellules siégeaient sur le bord postérieur de la pyramide et avaient déterminé un abcès extra dural. Ces cas, non rares et souvent décrits dans la littérature italienne, s'expliquent par les recherches de Witmaak : les cellules parties de l'antre sont développées normalement, tandis que les autres parties du sinus tympanique postérieur de Schwalbe, ont été arrêtées dans leur pneumatization ; dès lors ces dernières, en cas de suppuration, se vident mal, tandis que les cellules « antrogènes » sont peu touchées ou guérissent vite. L'atteinte de ces cellules « rétro-tympanales » peut échapper facilement et être aussi le point de départ de complications graves ou d'une otite chronique. Le bombement du quadrant postéro-inférieur du tympan, trouvé par K. dans ces cas, est pour lui le signe d'un mauvais drainage de ces cellules rétrotympansales et, comme tel, acquiert une grande valeur diagnostique. Au contraire, dans les mêmes conditions, le bombement du quadrant postéro supérieur est en rapport avec les cellules « antrogènes ».

*L'auteur.*

A. CAMPBELL. — **Epithélisation de la cavité mastoïdienne au moyen de greffes.** *Journ of Laryng. and Otol.*, vol. XXXVIII, n° 9, sept. 1923, p. 471).

Depuis 1917 l'auteur emploie la méthode suivante pour épidermiser les cavités d'évidement. Après hémostase parfaite, lavage et tamponnement de la cavité au sérum et à la gaze de façon à avoir une cavité bien sèche au moment de la greffe. La greffe épidermique est chargée sur une lame de rasoir et recouverte d'un protecteur. Rasoir, greffe.

et protecteur sont placés entre l'index et le pouce de la main gauche, le pouce en haut de façon à saisir le bord de la greffe au moment où on retire la lame. La greffe est ainsi étalée sur le protecteur et l'on peut aisément la mettre en place après l'avoir découpée sur le protecteur selon la grandeur voulue. Premier pansement le cinquième jour ; en quinze jours la cavité est épidermée. L'auteur a ainsi fait 60 évidements, sans un échec.

A. QUIRIN.

W.-C. PHILLIPS. — **Diagnostic et traitement de la thrombophlébite suppurée du sinus.** (*Journal of Americ. Med. Ass.* Vol. 81, n° 8, août 1923, p. 633).

Nous savons que, en cas de mastoïdite, la thrombophlébite du sinus résulte de déhiscences anatomiques de la table interne, de l'extension directe du processus inflammatoire à la paroi vasculaire ou de la thrombose propagée au sinus des vésicules osseuses.

Le diagnostic peut présenter certaines difficultés ; en raison de la courbe thermique analogue, au début de la maladie, l'érysipèle peut être une cause d'erreur. L'auteur a opéré un cas pour thrombose du sinus, alors que celui-ci était sain, et que le lendemain le plus bel érysipèle était apparu. Une autre cause d'erreur est le phlegmon du cuir chevelu.

La thrombose du sinus peut guérir sans intervention ; certaines autopsies, faites par l'auteur ont permis de voir des sinus thrombosés datant d'une affection antérieure non opérée ; mais l'auteur ne veut pas se prononcer par là contre l'intervention qui doit toujours être exécutée, si, après une mastoïdectomie avec lésions osseuses suppurées de la coque sinusale, la fièvre se maintient et si l'examen du sang révèle une polynucléose et une bactériémie, toute autre affection étant soigneusement éliminée. L'examen bactériologique du sang est surtout important chez l'enfant chez lequel la poussée thermique accompagnant le frisson fait souvent défaut.

Les difficultés sont encore accrues dans les mastoïdites bilatérales. Quel sinus doit-on incriminer ? L'auteur ayant eu l'occasion de suivre plusieurs cas a toujours procédé à l'ouverture des deux sinus en commençant par celui qui semblait avoir le plus de chance d'être atteint. Mais indépendamment de toute intervention il existe un moyen thérapeutique, très puissant, c'est la transfusion sanguine.

En ce qui concerne la conduite opératoire, la plupart des chirurgiens sont d'accord à considérer comme pratiquement suffisante la ligature basse de la veine jugulaire. D'après Ballance, le réseau veineux collatéral est largement développé pour permettre la suppression de la veine jugulaire ; de nombreuses anastomoses accessoires s'ajoutent aux trois principales qui sont le plexus du trou occipital, la veine ophtalmique et la veine méningée moyenne. A. QUIRIN.

EDWARD DAVIS. — **L'anatomie pathologique et le drainage de la méningite otitique.** *Journ. of Laryng. and Otol.* Vol. XXXVIII, f. 8, page 427, août 1923.

Le travail résume l'observation pathologique et expérimentale de 30 cas de méningite otogène de la base. A l'autopsie les lésions sui-

vantes furent trouvées : du pus dans le canal auditif interne, sur la face postérieure du rocher, dans le lac interpedonculaire, entre la tente et la face supérieure du cervelet et dans la fissure longitudinale, au-dessus du corps calleux. Les remarques anatomopathologiques n'offrent rien de particulier. L'expérimentation a porté sur la recherche des voies d'infection (expériences au bleu de méthylène). Malgré le caractère artificiel de ces expériences faites sur le vivant et sur le cadavre, l'auteur croit devoir tirer les conclusions suivantes : Le pus ayant une fois atteint le lac interpedonculaire assombrit le pronostic. Celui-ci est toujours favorable, aussi longtemps que la suppuration ne dépasse pas l'oreille interne. L'infection consécutive à une thrombo-phlébite du sinus est d'un pronostic plus favorable que si elle se fait par l'oreille interne.

Dans la méningite labyrinthique, le drainage et l'aspiration par le méat auditif interne, sont très efficaces ; d'ailleurs le drainage doit être fait par la même voie que l'infection a utilisée pour s'assurer le plus de chances de guérison. La ponction occipito-atlantoidienne peut être utile. La ponction lombaire est entièrement inefficace comme méthode de drainage. Elle peut même avoir un inconvénient, celui d'augmenter l'extension de la méningite ; c'est pourquoi dans une de ses monographies sur la méningite expérimentale l'Institut Rockefeller insiste sur ce fait qu'il ne faut retirer que la quantité strictement nécessaire pour l'examen bactériologique.

A. QUIRIN.

F. FREMEL. — **Morphologie et accroissement de l'abcès du cervelet.** *Monatsch. f. Ohr.*, 1923, t. LVII, f. 7, p. 517.

Nous ne pouvons que signaler cet intéressant article qui ne se prête à aucune analyse. Trois abcès du cervelet ont été étudiés sur des coupes débitées en série et des reconstructions à la cire en ont été faites.

Ce qui ressort principalement, c'est d'une part que la zone corticale du cervelet est généralement intacte, sauf naturellement au niveau les zones d'éfraction ou de la zone opératoire, et que d'autre part que l'inflammation s'étend bien au delà de la portion abcédée.

Une cinquantaine de figures ou de schémas illustrent ce travail que consulteront utilement ceux qui s'intéressent à la question.

LASAGNA (Parme). — **Les lésions cérébelleuses cliniques et expérimentales.** (Commun. au XIX<sup>e</sup> Congrès italien d'O.-R.-L., Pérouse, oct. 1922.)

Ces recherches cliniques (hommes) et physiologiques (animaux) mettent en relief l'absence ou la variété des symptômes suivant les lésions cérébelleuses.

1<sup>o</sup> La collection extradurale se forme lentement, et la compression qu'elle exerce est graduelle. Il n'y a aucun symptôme, la corticalité n'ayant qu'une fonction sensorielle ;

2<sup>o</sup> L'abcès se forme rapidement et largement. La compression se fait sentir non seulement sur le lobe cérébelleux immédiat, mais aussi sur le vermis. Il en résulte une symptomatologie très complexe, expliquée par les fonctions motrices des noyaux et du vermis.



3° La suppuration se diffuse à tout un lobe cérébelleux. On a alors une symptomatologie très riche, mais *courte*. Une phase silencieuse suit en effet de très près ; l'hémisphère sain a tôt fait de compenser l'hémisphère défaillant.

LAPOUGE.

W. HURST. — **Thrombose des sinus cérébraux consécutive à une pneumonie chez un adulte.** *Brit. Med. Journal*, 2 juin 1923, p. 929.

Femme de 35 ans. Pneumonie gauche le 7 avril. Le 9 la pneumonie était guérie ; mais le 9 survinrent de la céphalée et des vomissements ; le 10, convulsions épileptiformes et hémiplegie gauche.

Elle entre à l'hôpital le 4 avril dans un demi-coma. Pouls 48, signe de Babinski, incontinence d'urine. Le 12 avril, respiration stertoreuse, coma. Ponction lombaire, liquide céphalo-rachidien sous pression et sanguinolent. Le 13 nouvelle ponction lombaire. Mort dans la nuit.

Autopsie. Thrombose ante-mortem de tous les sinus duremériens et dans la plupart des veines cervicales. Surface du cerveau fortement congestionnée. A la coupe même aspect. Thrombose des veines de Galien.

KAUFFMANN (Angers).

F.-M.-R. WALSH. — **Les tumeurs de l'acoustique.** *Journ. of Laryng. and Otol.* vol. XXXVIII, p. 419, août 1923.

Dans leur forme clinique la plus caractéristique, les tumeurs du nerf acoustique n'offrent aucune difficulté de diagnostic. Mais il en est rarement ainsi. Dans l'ensemble, la surdité, le vertige, l'inclination de la tête, les bourdonnements sont les symptômes certains d'une paralysie complète des deux branches de la VIII<sup>e</sup> paire. C'est le stade initial « otologique » de cette affection, que l'on n'a pas souvent l'occasion d'observer. Le premier nerf qui est pris après le 8<sup>e</sup>, c'est le trijumeau qui manifeste sa participation par des phénomènes irritatifs et paralytiques ; le signe initial de lésion trigémellaire est l'abolition du réflexe cornéen.

Dans l'ordre d'importance, si tout le cortège est réuni, c'est le facial qui se prend. La paralysie de l'oculo-moteur externe est également assez fréquente ; elle est le résultat non d'un englobement du nerf dans la tumeur mais d'une compression de voisinage. Quant aux symptômes inhérents aux IX<sup>e</sup> X<sup>e</sup> et XI<sup>e</sup> paires, ils doivent être considérés comme des signes terminaux ; ils ne peuvent donc guère aider au diagnostic.

Un phénomène qui fait partie de l'aspect clinique typique est l'hypertonie, l'adiadococinésie due à la compression de la partie antérieure de l'hémisphère cérébelleux. En somme, la base du diagnostic est formée par les symptômes des VIII<sup>e</sup>, V<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> paires et du cervelet. Il ne faut, néanmoins, pas oublier les signes généraux dus à l'augmentation de la tension intracrânienne, à l'hydrocéphalie interne.

L'auteur termine son article par quelques considérations sur le dualisme du labyrinthe, sur la forme de réaction différente des otolithes et des canaux semicirculaires. La dissociation de leurs réactions semblerait pouvoir être utilisée dans le diagnostic des cas obscurs ; les

travaux de Kleijn et de Magnus ont déjà contribué dans une large mesure à permettre l'utilisation de leurs recherches théoriques.

A. QUIRIN.

**GAVELLO. — Observations otologiques dans la récente épidémie d'encéphalite léthargique.** *Minerva Medica*, II<sup>e</sup> année, janvier 1922, n<sup>o</sup> 1.

L'auteur a constaté que le début de l'encéphalite léthargique est caractérisé, outre les symptômes visuels, par des manifestations subjectives auriculaires (bourdonnements à timbre variable et vertiges) le plus souvent fugaces, qui siègent du côté où apparaît la parésie des VII<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> paires.

Ces troubles sont dus vraisemblablement à une irritation centrale, que l'on peut expliquer par les altérations anatomiques rencontrées sur le plancher du IV<sup>e</sup> ventricule, au niveau des noyaux du VIII<sup>e</sup>, et consistant en foyers inflammatoires périvasculaires et en œdème interstitiel.

L'homolatéralité des phénomènes irritatifs des VIII<sup>e</sup>, VII<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> paires et l'instabilité des symptômes, les rapports de voisinage de ces différents noyaux confirment l'hypothèse de l'auteur.

LAPOUGE.

**KAUFFMANN, CREEKMUR et SCHULTZ. — Les modifications du temporel dans le rachitisme expérimental. Leur relation avec l'otosclérose.** *Jour. Amer. Med. Ass.*, 1923, 10 mars, p. 680.

Des jeunes rats soumis à un régime dépourvu soit de vitamine A seule (vitamine des graisses liquides) soit de vitamine A et de calcium, ont présenté, contrairement aux animaux témoins, des modifications de la capsule osseuse labyrinthique, identiques à celles qui sont classiques au niveau des os longs dans le rachitisme expérimental. Ces lésions étaient plus marquées chez les animaux privés de vitamine et de calcium à la fois que chez ceux qui n'étaient privés que de vitamine. Les lésions constatées peuvent se résumer en : affaissement de la platine de l'étrier, modifications proliférantes dans la région du bord antérieur de la fenêtre ovale, envahissement du ligament annulaire (d'où ankylose de l'étrier dans les processus de guérison); substitution d'un os spongieux vasculaire à l'os normal, dense, non vasculaire de la capsule labyrinthique et des spires de la cochlée; prolifération dans les tissus nerveux.

Les analogies sont donc grandes avec l'otosclérose. On peut donc penser que celle-ci est une manifestation tardive du rachitisme ou le résultat d'une déficience alimentaire permanent de l'état adulte.

**JENKINS. — Ostéite déformante et otosclérose.** *Journ of Laryngology and Otology*, juillet 1923, vol. XXXVIII, n<sup>o</sup> 7, p. 344.

Il s'agit d'une comparaison pathologique et clinique de ces deux processus. L'étude est accompagnée de plusieurs planches histologiques très intéressantes et démonstratives.

L'auteur a constaté dans les deux affections des lésions histopathologiques identiques. Certaines différences existent pourtant, mais elles

peuvent être dues à un degré différent de la maladie, à l'âge, à des causes accidentelles. Au point de vue clinique les malades atteints d'ostéite déformante présentaient une surdité du type de l'otosclérose. En somme, l'auteur pense que ces deux affections osseuses ont une étiologie différente, mais qu'elles aboutissent aux mêmes altérations labyrinthiques.

A. QUIRIN.

F. LEEGARD. — La surdité des écoliers. *Acta Oto. Lar.*, vol. V, 1-2, juin 1923.

Depuis 1919, un auriste est attaché aux écoles primaires de Christiania. C'est le résultat de son activité pendant les deux premières années que rapporte l'auteur. 3.700 élèves nouveaux ont été examinés chaque année environ. Après avoir rappelé les méthodes jusqu'alors utilisées pour cette sorte d'examen, l'auteur décrit celle qu'il a employée. Il insiste sur la nécessité de n'utiliser que des sons parfaitement usuels. 9,7 % des élèves avaient l'audition défectueuse, dont 2,5 % bilatéralement. Or même parmi ces derniers, un certain nombre n'avaient pas été remarqués par les professeurs. 2,5 % avaient une otite chronique, 17 % une perforation sèche; 5 % des cicatrices du tympan; 8 % du cérumen. Dans 20 %, le diagnostic étiologique ne put être établi. Un grand nombre d'enfants avaient des hypertrophies amygdaliennes et adénoïdiennes, sans conséquence pathologique. Quant aux enfants qui entendaient la voix chuchotée à moins d'un demi-mètre du côté de la meilleure oreille, ils sont transférés à une école spéciale que l'auteur décrit.

L'auteur.

C.-O. NYLÉN (*Stockholm*). — Etude clinique du signe de la fistule et de la pseudo-fistule. *Acta Otolaryngologica*, III suppl. 1923.

Cette importante thèse de 511 pages est basée sur 170 observations personnelles et se propose de reprendre en détail la question du signe de la fistule et de la pseudofistule. Conçu dans un esprit analytique poussé à fond, ce travail contient une bibliographie complète et représente ainsi surtout un volume de documentation.

Le signe de la fistule est un terme collectif englobant tous les symptômes (de compression vasculaire, galvanique, calorique, osmotique) produits par une fistule labyrinthique sans destruction du labyrinthe, alors que ces mêmes symptômes représentent le signe de la pseudo-fistule en cas d'absence de « fistule » avec un labyrinthe généralement intact, parfois détruit ou bien en cas d'une fistule existante avec un labyrinthe détruit. Telle est la définition des deux grands chapitres. Puis viennent de nombreuses statistiques concernant l'âge, le sexe, le côté de la lésion, les cas aigus et chroniques, la répartition des lésions sur les diverses régions de la coque labyrinthique, enfin leur comparaison avec les autres statistiques.

Au point de vue étiologique, l'auteur relève en dehors des otites aiguës et chroniques, la tuberculose, la syphilis, certaines maladies infectieuses (scarlatine, rougeole, diphtérie, grippe), le traumatisme, comme cause aggravante la grossesse, enfin les suites post-opératoires.

La symptomatologie est connue; l'otologie, l'écoulement, le vertige, les bourdonnements (symptômes relevés par l'anamnèse), le nystagmus spontané qu'il faut rechercher en position assise dans différentes positions de la tête, les mouvements oculaires synchrones au pouls (relevés 14 fois), le nystagmus de la tête et les mouvements de la tête synchrones au pouls à même direction que le nystagmus spontané (relevés 2 fois).

L'auteur a recherché le nystagmus par toutes les méthodes actuelles en comparant les résultats de chacune entre elles; il obtint ainsi avec l'épreuve calorique, d'après la technique de Barany, une réaction positive dans 124 cas, alors que l'épreuve rotatoire en admettant comme seuils 15-45° ne donna sur 82 cas examinés que 59 réactions normales, 22 anormales, et une douteuse. L'épreuve galvanique de la fistule de Brunings, donnant un nystagmus à composante horizontale très accentuée par l'emploi de courants continus particulièrement bas, ne permit d'utiliser que 61 cas sur 66. 49 cas montrèrent ainsi une réaction normale, les seuils étant situés entre 2-10 milliampères.

Quant aux épreuves d'audition il faut remarquer que les surdités prononcées ne sont pas fréquentes; sur 156 cas l'auteur n'en a compté que 6; mais il insiste sur le fait qu'après l'intervention (radicale) l'audition est souvent moins bonne qu'avant. On peut en invoquer diverses raisons. D'après Ruttin une labyrinthite post-opératoire serait en cause, Alexander et Brown invoquent une atrophie du nerf acoustique et des cellules sensorielles; enfin il ne faut pas oublier le tissu cicatriciel recouvrant la paroi interne de la caisse (Uffenorde).

Dans l'épreuve de compression, l'auteur distingue le signe classique et le signe par compression constante et prolongée; c'est le signe de la fistule intégrale de Zitowitsch. Le nystagmus déclenché ainsi bat du côté malade, atteint progressivement son maximum diminue et cesse complètement pour battre ensuite dans la direction opposée après une latence de quelques secondes. Sur 167 cas examinés au signe classique, 164 montrèrent une réaction positive pour la compression et l'aspiration. Sur 8 cas examinés au signe intégral, 2 seulement étaient nettement positifs, l'un d'eux rien qu'à l'application du doigt sur le conduit.

Dans 124 cas, l'opération permit de localiser la fistule assez exactement; mais une quantité de cas avec le signe de la fistule typique avait une autre localisation que le canal horizontal; d'autre part, une fistule du canal semicirculaire externe s'accompagnait fréquemment d'un signe inverse. L'auteur en déduit l'impossibilité de localisation de la fistule par l'observation du nystagmus uniquement. Par contre il est intéressant de comparer les résultats constatés avant, pendant et après l'opération. Notons d'abord que pendant l'opération la pression directe donne des résultats plus précis en ce sens qu'une fistule du canal horizontal correspond à un signe typique, alors que les fistules siégeant sur la partie antérieure du canal horizontal s'accompagnent d'un nystagmus à direction opposée. Ce fait ainsi que la comparaison des résultats avant et après l'intervention prouvent jusqu'à quel point les parties environnantes de la caisse peuvent troubler



l'interprétation ; l'auteur en décrit un cas qui est particulièrement démonstratif. Dans la révision de 41 cas jusqu'à trois ans après l'opération, un tiers montrait une réaction positive, quelques cas isolés avaient un signe renversé.

Parmi les épreuves de la fistule, il y en a une qui est particulièrement intéressante, c'est le signe vasculaire de Mygind, le plus récent en date. Malgré les résultats encourageants du début, ce signe ne réussit pas plus que les autres à permettre une localisation exacte de la lésion. La conception de Mygind fut élargie par Borries qui obtint le même phénomène par la pression abdominale et par l'inhalation de nitrite d'amyle. L'auteur constate avec Mygind que le signe vasculaire est assez répandu ; il l'a observé 38 fois (3 cas douteux), soit avant, soit après, soit avant et après l'opération.

Dans 14 cas l'auteur a pu observer des secousses oculaires synchrones au pouls ; la secousse vers le côté de la fistule correspondant à la systole, la secousse opposée à la diastole.

Quant aux mouvements de la tête synchrones au pouls, ils doivent être extrêmement rares ; l'auteur en a néanmoins constaté deux cas, la secousse systolique tournée vers la fistule, la secousse diastolique vers le côté opposé. L'origine semble devoir en être recherchée dans une irritation vestibulaire, un mouvement endolymphatique étant produit par le pouls dans des conditions anatomopathologiques spéciales.

Sur 13 cas avec signe de la fistule typique par compression vasculaire cervicale, l'auteur a vérifié (avec résultat négatif dans 7 cas) l'expérience de Barany qui distingue l'effet de compression sur l'artère et sur la veine ; la seule différence consiste en une intensité plus marquée dans la compression des deux vaisseaux. Kragh localise la fistule sur le limaçon s'il obtient des bourdonnements à la compression. L'auteur ne va pas si loin dans ses conceptions, les bourdonnements pouvant être obtenus par n'importe quelle lésion du labyrinthe.

La compression abdominale semble donner un signe de la fistule plus prononcé que celle des vaisseaux du cou.

Le signe de la pseudo-fistule est un phénomène non moins important ; on le rencontre à la compression (avec un tympan intact) dans la labyrinthite syphilitique (Hennebert) dans l'otosclérose, (avec une perforation tympanique d'après Karlefors et Nylén) et dans des altérations organiques intracrâniennes ; il apparaît aussi comme phénomène vasomoteur dans la labyrinthite syphilitique (Barany), dans d'autres formes d'otites, enfin comme symptôme fonctionnel dans l'hystérie et comme symptôme dû à l'irritation directe du nerf (Uffenorde, Urbantschitch).

L'auteur a observé avec Karlefors dans 0,5 % de cas avec intégrité du tympan, et dans 50 % d'otites moyennes aiguës et chroniques avec perforation, que la compression du canal auditif donnait un nystagmus du côté examiné avec renversement pour l'aspiration, que la répétition immédiate donnait un résultat négatif ou une réaction de plus en plus atténuée, qu'enfin ce phénomène ne pouvait être provoqué après la guérison.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel, l'auteur conclut qu'il



n'y a aucun signe pathognomonique pour diagnostiquer une fistule labyrinthique. La preuve la plus sûre est évidemment le nystagmus de compression et d'aspiration, puis vient le signe vasculaire. La syphilis étant éliminée, ces signes étant positifs, on peut affirmer une fistule labyrinthique. L'aspect du tympan a naturellement son importance ; un nystagmus avec intégrité du tympan fera plutôt penser à la syphilis, alors qu'une perforation avec cholestéatome suggérera une vraie fistule. Le signe de la *pseudo-fistule* ne peut être reproduit plusieurs fois de suite ; il apparaît au bout de quelques secondes, et sa direction est celle du côté comprimé, excepté pour le signe de Hennebert. Si le tympan est intact et si le signe vasculaire se produit, le diagnostic de syphilis s'impose généralement. Il faut bien entendu soigneusement éliminer toute cause d'erreur (hystérie, causes mécaniques dans l'exécution des épreuves etc.). Rappelons aussi que l'épreuve de rotation est plus sujette à des irrégularités que l'épreuve calorique.

Quant au pronostic il faut remarquer que chez les opérés, le signe de la fistule se transforme souvent en celui de la pseudofistule. Ce changement doit tenir à la cicatrisation de la paroi interne de la caisse dont le tissu fibreux présente un degré différent de résistance à la pression.

Le signe de la fistule seul n'est pas une indication opératoire.

Abordons maintenant le chapitre sur le mécanisme de la pression et du symptôme vaso-moteur dans le signe de la fistule ? Après avoir rappelé les travaux de Siebenmann, de Bezold et de Portmann sur le sac endolymphatique, les expériences de Witmaack, Karlefors et Bezold, il indique ses expériences personnelles par lesquelles il a recherché l'effet de la compression vasculaire, en cas de fistule labyrinthique ; elles ont porté sur des lapins et des cobayes. Sur ces derniers, d'après la méthode de Kleijn-Magnus, il a essayé de voir si le rôle des otolithes intervenait dans la production du signe de la fistule ; ces expériences semblent démontrer que les canaux semi-circulaires seuls produisent le signe de la fistule.

Puis l'auteur discute les théories par lesquelles doit s'expliquer le phénomène de la fistule et de la pseudo-fistule. A la base de l'épreuve de compression nous trouvons l'expérience d'Ewald avec le marteau pneumatique. Mais en pratique les résultats sont souvent bien différents ; ils peuvent être modifiés par tant de circonstances accessoires ; en cas de fistule de la paroi interne de la caisse, sans compter qu'elles peuvent être multiples, la compression n'agit pas forcément sur la fistule, elle peut aussi bien porter sur l'une des fenêtres, ou sur les deux, ce qui influence considérablement le résultat. Il est difficile de rattacher un cas à une seule théorie. Souvent, il est en contradiction avec une autre ou avec certaines expériences. C'est ainsi que l'auteur s'est efforcé de démontrer qu'une de ses observations (pseudo fistule avec perforation tympanique) semblait être rapporté à la théorie de Barany des centres d'énergie ; mais il n'avait pas tenu compte des expériences de Leidler qui démontrent l'existence de centres indépendants pour chaque labyrinthe.

En cas de pseudofistule et intégrité du tympan, le plus fréquem-

ment observées dans la syphilis, on admet une mobilité anormale de l'étrier par un processus gommeux de son cadre. Le mouvement, alors ampullosfuge, explique l'inversion du phénomène nystagmique.

Dans l'épreuve vasculaire le mouvement endolymphatique est commandé, d'après Mygind, par l'anémie et l'hyperémie des granulations de la fistule ; pour Barany ce ne seraient là que des circonstances accessoires favorisant, l'essentiel serait une conduction nerveuse parfaite ou même une excitabilité accentuée des centres de la moelle prolongée. D'après Nylén, dans les cas pathologiques, il faut certaines conditions pour atteindre le seuil de la réaction. Le labyrinthe membraneux normalement placé dans une extensibilité toujours pareille, réagit autrement en cas de lésions osseuses pariétales ; un processus intralabyrinthique agit également à la façon du marteau pneumatique. Il y a évidemment encore des points à éclaircir ; la théorie vasculaire de Kobrak d'un mouvement endolymphatique secondaire, la théorie de développement de Wittmaack, enfin la confirmation par Barany de la provocation de nystagmus par pression sur la membrane atlanto-occipitale (propagation vers les centres) peuvent être d'un sérieux appoint pour élucider ces questions obscures.

A. QUIRIN

TH. BORRIES. — **Le nystagmus réflexe.** *Monatsch. f. Ohr.* 1923, t. LVII, f. 7, p. 547.

Sous ce nom et faute de mieux, l'auteur désigne les nystagmus consécutifs aux excitations sensitives et sensorielles, autres que les excitations calorique, rotatoire, galvanique ou pneumatique. Il distingue dès lors, en analysant sommairement les cas publiés : 1° *le nystagmus réflexe d'origine nasale*, souvent accompagné de vertiges, disparaissant généralement par la cocaïnisation de la muqueuse nasale et qui fait partie du groupe des névroses nasales réflexes ; 2° *le nystagmus réflexe optique* (mal des montagnes, nystagmus de chemin de fer) ; 3° *le nystagmus réflexe cochléaire* ; à vrai dire, ce sont surtout les vertiges consécutifs aux excitations sonores qui ont été décrits jusqu'à présent ; 4° *le nystagmus réflexe proprement dit*, dépendant généralement du trijumeau et qui fait principalement l'objet du travail.

Ce dernier a en effet pour point de départ, le cas d'un homme atteint vraisemblablement d'une sclérose en plaques et présentant des crises de vertige sans qu'on ait trouvé autre chose qu'une hyperexcitabilité vestibulaire considérable, se traduisant entre autres par du nystagmus céphalique sous l'influence des diverses épreuves fonctionnelles, de la compression carotidienne et sous l'influence des mouvements de la tête.

Le nystagmus réflexe proprement dit a été observé par différents auteurs à la suite de : corps étranger du conduit (cérumen, introduction du spéculum ou du doigt), pression sur le tragus, diapason vibrant sur la mastoïde, pression sur la mastoïde et les régions avoisinantes (occipitale, sous-angulo-maxillaire), compression de la carotide, de la veine jugulaire externe, massage des muscles latéraux du cou, application de froid et de chaud sur l'oreille ou le côté du

cou, etc., ou même à la suite d'irritation d'organes plus éloignés : intestins (ascarides); urètre (exploration). On l'a également observé à la suite d'irritations conjonctivales.

Le nystagmus réflexe ne paraît pas pathognomonique d'affections déterminées, il peut même se voir chez certaines personnes absolument saines. Cependant très souvent il se voit au cours d'hyperexcitabilité générale ou seulement vestibulaire.

Le nystagmus réflexe est, sauf rares exceptions, dirigé du côté excité dans les cas publiés jusqu'ici. Il n'est pas susceptible d'être toujours reproduit sous l'influence de la même excitation répétée; les pauses prolongées sont souvent nécessaires pour que le phénomène puisse reparaitre.

Etudiant ensuite les relations du nystagmus réflexe avec les différents « fistule-symptômes » vasculaires, B. arrive aux conclusions suivantes. Si ces différents symptômes (épreuve de la stase cervicale, compression du ventre, inhalation de nitrite d'amyle) donnent le même nystagmus que la compression carotidienne, il s'agit vraisemblablement d'une fistule labyrinthique. Si la pression en d'autres points du cou, sur la mastoïde, etc., détermine du nystagmus, c'est en faveur du nystagmus réflexe. Enfin tandis que le nystagmus réflexe bat en général du côté excité, le nystagmus par compression carotidienne bat du côté opposé.

Il n'est pas impossible que le nystagmus consécutif aux mouvements de la tête ou aux positions de celle-ci ne relève pas uniquement de l'excitation vestibulaire (otolithique) et dépende, au moins pour une part et dans certains cas, de l'excitation des vertèbres ou des parties molles du cou.

Ebauchant ensuite une théorie du nystagmus réflexe, Borries estime que le nystagmus a, en fin de compte, une origine vestibulaire et qu'il n'est pas l'expression d'un état d'hyperexcitabilité tel que la neutralisation des effets d'excitation ne se produit plus, comme cela est le cas à l'état normal. Il n'est peut être qu'une manifestation de décompensation.

Pour terminer, rapportons le schéma suivant lequel Borries conseille de rechercher le nystagmus réflexe : a) introduction d'un embout d'otoscope dans le conduit ; b) pression sur le tragus ; c) pression sur la mastoïde ; d) pression entre la mastoïde et le maxillaire inférieur ; e) pression sur la région carotidienne (sans compression de la carotide) ; f) mise en place d'un diapason vibrant sur l'apophyse mastoïde.

L. B.

J.-H.-C. CARSTENS et H.-W. STENVERS. — **Réflexes cervicaux de Magnus-de Kleyn, déterminés par les mouvements spontanés actifs ; mise en évidence concomitante des réflexes labyrinthiques.** *Acto-Oto-Lar.*, vol. V, f. 2.

C. et S. décrivent ces réflexes chez un nourrisson de 4 mois. La technique de leur recherche est à lire dans l'original.

Les auteurs.



P. ZAVISKA. — (*Bratislava, Tchécoslov.*). — **Polynévrite cérébrale ménieriforme (Frankl-Hochwart).** *Casopis lékaŕu ceskych*, 1923, n° 10.

Dans la séméiologie de ce syndrome la paralysie faciale est le signe le plus constant. L'apparition souvent non simultanée de la lésion du nerf vestibulaire et cochléaire laisse croire qu'il s'agit d'une affection rétrolabyrinthique. Ce sont toujours les troubles de la VIII<sup>e</sup> paire qui disparaissent plus tôt que la paralysie faciale, celle-ci devenant souvent irréparable. Quant à l'étiologie on a incriminé dans les cas publiés la grippe et le refroidissement. Hegener a observé l'apparition de ce syndrome au cours d'une épidémie de poliomyélite.

Dans le premier cas de l'auteur, l'affection de la VIII<sup>e</sup> paire a succédé à la paralysie faciale, ne venant que huit jours après celle-ci; dans le second cas il y avait apparition simultanée de la paralysie faciale et des troubles vestibulaires, pendant que la lésion du nerf cochléaire ne survenait qu'une semaine plus tard; dans le troisième cas la paralysie faciale a précédé de quelques jours l'installation des troubles de la VIII<sup>e</sup> paire.

Dans les trois cas les troubles de la VIII<sup>e</sup> paire ont disparu au bout de six mois, tandis que la paralysie faciale est restée constante.

Plusieurs auteurs ont observé le même syndrome chez les syphilitiques traités par le salvarsan. L'auteur a vu deux cas de polynévrite cérébrale ménieriforme chez des syphilitiques n'ayant subi aucun traitement.

Dans le premier cas l'affection du nerf cochléaire fut suivie au bout de quinze jours de la paralysie faciale, d'une lésion du nerf vestibulaire, des troubles du trijumeau et de la névrite optique. Quinze jours après l'installation du traitement anti-syphilitique la paralysie faciale disparut complètement tandis que le rétablissement des troubles de la VIII<sup>e</sup> paire exigea plus de deux mois et demi.

Dans l'autre cas, où il s'agissait d'une méningite syphilitique, la paralysie du moteur oculaire commun et la névrite du trijumeau furent suivies d'une apparition apoplectiforme de l'affection du nerf cochléaire et vestibulaire.

Dans les deux cas l'auteur a trouvé un raccourcissement de la perception, plus marquée dans la zone des sons graves que dans celle des aigus, ce qu'il considère comme caractéristique d'une affection rétrolabyrinthique chez les syphilitiques.

En ce qui concerne le pronostic du syndrome décrit, il faut donc distinguer, suivant l'étiologie, les cas syphilitiques dans lesquels on peut constater une disparition rapide de la paralysie faciale avec un rétablissement tardif des troubles auditifs, et les cas non syphilitiques où le pronostic de l'affection de la VIII<sup>e</sup> paire est plus favorable, la paralysie faciale — au contraire — restant souvent irréparable.

J. FISCHER. — **Etiologie et clinique du spasmus nutans.**  
*Monat. f. Ohr.* 1923, t. LVII, f. 7, p. 571.

Ayant eu l'occasion d'observer 8 cas de cette affection, F. en donne une rapide description clinique et critique les théories émises avant lui.

Dans les 8 cas de l'auteur, il s'agissait, comme classiquement, de mouvements rythmiques de la tête soit rotatoires soit antéro-postérieurs. Ces mouvements, cessant pendant le sommeil ou quand on fait fixer les yeux de l'enfant, se manifestent surtout dans la position droite du corps. Dans quelques cas il s'y ajoute une attitude forcée de la tête. Quoique l'excitabilité labyrinthique fut normale, il y avait dans la plupart des cas de F. du nystagmus spontané; et l'auteur estime que si dans les autres il ne l'a pas constaté, c'est qu'il avait déjà disparu.

Le pronostic est en effet très favorable; tous ses cas ont guéri; les phénomènes s'espacent puis disparaissent. F. rejette la théorie d'Henoch (influence de la dentition), qui le premier a décrit l'affection; la théorie de Raudnitz (mauvais éclairage de la chambre, directions anormales du regard, d'où contractions spasmodiques (réflexes des muscles de la tête); celle de Kassovitz (rachitisme); la partie labyrinthique de la théorie de Peters: les attitudes normales de l'enfant qui apprend à tenir sa tête en équilibre, excitent l'appareil vestibulaire, d'où nystagmus et mouvements d'oscillation; donc nouvelles excitations et renouvellement du cycle.

Aucun des facteurs incriminés ne s'est retrouvé d'une manière constante chez les sujets de F.: la plupart avaient les oreilles et les yeux normaux, n'avaient pas été élevés dans des chambres obscures, ne présentaient pas de signes de rachitisme. Mais F., reprenant la première partie de la théorie de Peters, voit dans l'affection une anomalie des excitations toniques de la musculature du cou et de la nuque. Cet état anormal se produit quand l'enfant commence à chercher à tenir sa tête en équilibre. C'est pourquoi cette affection, d'ailleurs rare, se produit généralement entre 6 et 12 mois et aussi au printemps, époque où on commence à promener les enfants, trop jeunes pour avoir pu être sortis pendant les mois d'hiver.

POPPI. — **Sur quelques cas de syphilis méconnue, à néoformations des premières voies respiratoires, prises pour des sarcomes.** « A propos de la méthode Citelli d'autovaccinothérapie des tumeurs malignes. » *Tipographia. Paolo Neri. Bologna*, 1922.

L'auteur rapporte 4 cas de syphilis ignorée à manifestations sterno-mastoïdienne, laryngée, palatine et endonasale. Dans les 3 premiers cas l'examen histologique avait diagnostiqué du sarcome; dans le 4<sup>e</sup> l'ulcération de la partie antérieure de la cloison avec œdème du nez et de la joue en imposait pour une lésion cocaïnique. Une discussion sur la valeur des différentes méthodes de recherche suit ces observations. Les anamnèses, la biopsie, les épreuves sérologiques égareraient

parfois le diagnostic en raison de circonstances particulières. Dans la dernière partie du travail, l'auteur met en relief la facilité avec laquelle certaines formes inflammatoires sont microscopiquement prises pour des formes sarcomateuses. D'après lui, les succès de l'auto-vaccinothérapie oncogène (méthode Citelli) ne seraient dus qu'à des erreurs de diagnostic.

LAPOUGE (Nice).

ERDELYI. — **Complications survenues à la suite de l'ablation de tamponnement nasal.** *Monatschr. f. Ohr.* 1923, t. LVII, p. 440.

Relation de 3 cas opérés (2 déviations de la cloison avec résection du cornet inférieur, 1 ablation de kyste dentaire avec cure radicale du sinus maxillaire). Une heure après le détamponnement, frissons, température à 40°, ces symptômes durent plusieurs jours. De plus dans un cas formation d'un abcès sous-phérique, dans un autre un abcès axillaire ; dans le dernier foyer, de broncho-pneumonie. Or jusqu'à l'ablation des mèches, ces malades allaient parfaitement.

L'auteur incrimine l'action de l'eau oxygénée, utilisée pour décoller les mèches. Celle-ci a fragmenté les caillots formés sur les embouchures des veines du cornet inférieur ; sous l'influence de la toux et de l'éternuement déterminés par le détamponnement et de la pression négative qui les accompagnent, il se produit une embolie, cause des accidents sus-énumérés.

H. S. BERTON. — **Le traitement du rhume des foins. Quelques causes possibles d'échec.** *Journ. of. Amer. Med. Assoc.*, 1923, n° 18, 5 mai, p. 1301.

Il n'existe pas encore de méthode satisfaisante pour le classement des malades ni pour guider le traitement. Des recherches sont encore nécessaires sur ces points.

Un diagnostic précis et l'administration d'extraits de protéine polynique sont la base du traitement prophylactique. Néanmoins il y a d'autres facteurs qu'il ne faut pas négliger. Les voies aériennes supérieures des sujets susceptibles doivent attirer l'attention du spécialiste. Il faut opérer pour supprimer les obstructions mécaniques ou corriger les difformités nasales.

Les vaccins bactériens sont quelquefois utilisés dans le traitement du rhume des foins. La vaccinothérapie, dans les accidents chroniques, est basée sur cette hypothèse que les bactéries, responsables de l'infection, ont créé un état d'immunité, d'où croissance diminuée des germes, petite quantité de substances bactériennes libérées et enfin peu de tendance à la production d'anticorps. Les vaccins, dès lors, suppléent à cette déficience. Il est difficile de faire concorder cette théorie avec les conditions dans lesquelles se développe le rhume des foins non compliqué. Ce dernier, de toute évidence, est la manifestation d'une intoxication protéinique. Le rôle joué par les bactéries semble peu important. Les états spasmodiques et la rhinorrhée permanente tendent à expulser les bactéries et leurs toxines.

L'immunisation active, malgré ses restrictions, offre plus de chance

de guérison et d'amélioration que n'importe quel traitement. Le séjour en des endroits où ne fleurissent pas les plantes à pollen offensif, n'est possible que pour un certain nombre de sujets. Les autres cependant peuvent, pendant la saison critique, trouver un soulagement grâce à de simples mesures hygiéniques : port de verres colorés, usages d'automobiles fermées quand le sujet est obligé de sortir et pour les femmes, voiles sur le visage. Il faut également éviter les fleurs et les poussières. Il est recommandé de fermer les fenêtres le jour et, la nuit, de les ouvrir en plaçant devant elles, un rideau de mousseline humide. Il faudra éviter les exercices physiques qui en augmentant le nombre et la profondeur des respirations font absorber une quantité plus grande de pollen. L'auteur recommande des lavages fréquents des cheveux pour enlever le pollen qui peut y adhérer. Enfin il faut éviter les changements brusques de température, les courants d'air, l'exposition du corps nu pendant la toilette, toutes causes qui amènent un refroidissement temporaire du corps et, consécutivement des crises d'éternuements.

E.-L. PRATT. **La valeur de la transillumination dans les affections des sinus.** *Journal of Amer. Med. Assoc.* 1923, 21 avril, n° 16, p. 1121.

La transillumination doit être pratiquée systématiquement au cours de tout examen nasal. Elle n'est évidemment pas infaillible et doit être comparée avec les autres signes de sinusite : antécédents, présence de pus, radiographie. Un résultat positif entraînera toujours un examen complet avec ponction et lavage. Un examen négatif ne devra pas faire rejeter la sinusite si les autres signes sont positifs.

Il faut tenir compte de l'état anatomique de l'épaisseur des os de l'existence aussi de sinusites antérieures qui, même guéries, peuvent donner une certaine obscurité à l'éclairage, par suite de l'épaississement de la muqueuse sinusienne.

Ainsi pratiquée la transillumination sera utile pour le médecin général non familiarisé avec l'examen nasal ; pour indiquer que les cellules ethmoïdales ne sont pas seules prises ; pour contrôler des radiogrammes ; pour suivre les progrès du traitement.

SAINT-CLAIR THOMSON. — **Pansinusite aiguë.** *Brit. Med. Journal*, 2 juin 1923, p. 924.

Le 31 octobre 1922 l'auteur est appelé auprès du malade souffrant depuis quatre jours ; température, 40°. Céphalée frontale et sueurs. Rhinorrhée purulente double. Tous les sinus sont pris. Lavages des sinus maxillaires pendant seize jours. Pour les sinus sphénoïdaux, applications de cocaïne-adrénaline et inhalations de menthol. Le pus des sinus frontaux diminua ainsi que la céphalée, mais celle des sinus maxillaires et sphénoïdaux persista. Le 22<sup>e</sup> jour tuméfaction thyroïdienne à droite. Le 22 novembre on met à nu et on explore la thyroïde. Pas de pus, drainage. Au bout de huit jours, le pus s'écoule par un tube — la guérison ne fut complète que fin janvier 1923.

KAUFFMANN (Angers).



J. PEGG. — **Canine supérieure dans l'antre d'Higmore.** *British medical Journal*, 26 mai 1923.

Il ne restait à une femme de 50 ans qu'une seule canine à la mâchoire supérieure. En voulant l'enlever, elle fuit dans l'antre droit. Incision classique et l'auteur trouve une perforation de 2 centimètres dans la paroi antérieure de l'antre à travers laquelle, il retira la dent avec une pince.

D<sup>r</sup> KAUFFMANN.

BRUZZONE. — **La thérapeutique des sinusites maxillaires chroniques par la méthode Rhéti-Gavello.** (Communication faite au XVII<sup>e</sup> Congrès de la Société italienne O.-R.-L., mai 1920.)

La méthode est la suivante :

Anesthésie locale.

1<sup>er</sup> TEMPS. — Résection des deux tiers antérieurs du cornet inférieur.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Avec la pince de Gavello perforation de la paroi du sinus à 2 centimètres en arrière de l'apophyse montante.

3<sup>e</sup> TEMPS. — Avec la pince ostéotome de Lermoyez, élargissement de l'ouverture, en arrière et en haut. Ce temps est très important. Il faut que l'on passe de plain pied du plancher nasal au plancher sinusal.

En haut l'ouverture arrive dans le méat moyen. La brèche terminée doit mesurer environ 2 centimètres de diamètre.

4<sup>e</sup> TEMPS. — Exploration du sinus, recherche des séquestres, mais pas de curettage. Pas de tamponnement.

LAPOUGE.

W.-G. HOWARTH. — **L'opération radicale de la sinusite frontale.** *Journ. of. Laryng*, juillet 1923, vol. XXXVIII, n<sup>o</sup> 7, p. 341.

L'auteur décrit sa technique par laquelle il prétend supprimer les inconvénients de l'opération de Killian (espaces morts) et d'Ogston Luc (suppression incomplète de l'ethmoïde), considérant l'ethmoïde comme la clef du frontal, il tend à une ouverture et une ablation complète des cellules ethmoïdales.

Incision curviligne sous le rebord orbitaire jusqu'en-dessous du sac lacrymal. Déplacement latéral de la poulie et du sac lacrymal avec le contenu de l'orbite sous un écarteur. Ouverture du sinus à la pince de Citelli, et ablation de tout le plancher, abrasion de la partie supérieure de la branche montante, découvrant ainsi les cellules ethmoïdales qui sont attaquées à travers la gouttière lacrymo nasale. Réfection du canal nasofrontal plus en avant ; maintien d'un drain (pendant dix jours) ; réposition du contenu orbitaire et suture à la soie la plus fine.

A. QUIRIN

SAINT-CLAIR THOMSON et CH.-H.-M'ILRAITH. — **Mucocèle frontale** *Journ. of. Laryngology and Otology*, juillet 1923, vol. XXXVIII, 7, p. 365.

Les auteurs rapportent un cas de mucocèle frontale chez une femme de 62 ans qui se plaignait d'une lourdeur du front, de

diplopie ; les débuts de l'affection semblaient remonter à 1921. Les signes oculaires étaient les plus frappants (déplacement du globe oculaire gauche) ; une légère tuméfaction dans l'angle interne de l'œil gauche, sémifluctuante, indolore, se reconnaissait à la palpation, pas de crépitation parcheminée. Le sinus frontal était apparemment clair à la diaphanoscopie, la radiographie donnait une légère ombre vers le bas du sinus. Pas de pus dans le nez. Opération de Killian. La paroi antérieure du sinus était amincie, et on ne put sauver qu'un pont périosté. Ablation de la partie antérieure du cornet moyen, ouverture des cellules de l'aggr et élargissement du canal nasofrontal à la râpe de Watson-Williams. Suites opératoires bonnes. Les auteurs n'émettent aucune opinion quant à la pathogénie de cette formation kystique.

A. QUIRIN.

M.-F. ARBUCKLE. — **Manifestations générales déterminées par des sinusites paranasales suppurées.** *Journ. of Ann. Med. Assoc.* 1923, 1<sup>er</sup> sept. p. 741.

Le travail ne concerne que les enfants. L'auteur rapporte une série d'observations personnelles et d'autres auteurs, concernant des pseudo-tuberculoses, des bronchites, des affections cardiaques, rénales, articulaires etc., en rapport uniquement avec une suppuration sinusienne. Cette dernière est à la base d'affections générales beaucoup plus souvent qu'on ne se le figure. Ceci tient pour une part à ce que le développement des sinus, et donc leur inflammation éventuelle, se fait beaucoup plus tôt qu'on ne le pense généralement. Le traitement des sinus malades, pratiqué aussitôt que possible, donne des résultats très satisfaisants vis-à-vis des manifestations générales.

A.-R. MACKENZIE et E.-D. WELLS. — **Sarcome de l'ethmoïde.** *Journal of the Amer. Med. Assoc.* 1923, 14 juillet, n° 2, p. 102.

Il s'agit d'un enfant de 14 ans, porteur d'un volumineux sarcome de l'ethmoïde, faisant issue par la fosse nasale droite et ayant envahi l'orbite et refoulé le globe oculaire. Une seule séance de radiothermie profonde, à 84 % de la dose érythème, fait disparaître complètement la tumeur et ses prolongements ; retour de l'œil à l'état normal. La radiographie, faite avant et après le traitement, confirme ces résultats qui dataient de six semaines au moment de la remise du mémoire de l'auteur. Mais celui-ci attend naturellement l'avenir avant de parler de guérison. En tout cas, il faut noter la rapidité avec laquelle la tumeur a régressé, le retour de la vision, et le fait que les rayons employés de courte longueur d'onde n'ont pas altérés les délicats tissus de l'œil.

Paul-Roger DELPÉRIER. — **Contribution à l'étude du cancer de la corde vocale et de son traitement par la thyrotomie.** *Thèse de Paris*, 1922 (Editions médicales, 7, rue de Valois, Paris).

Dans la première partie de son travail, l'auteur décrit cliniquement le cancer de la corde vocale, en insistant plus particulièrement sur les importants symptômes précoces qu'il présente : l'enrouement

persistant, la douleur et plus tard la dyspnée, la toux, la salivation exagérée.

Dans la deuxième partie, il envisage le traitement chirurgical qu'il convient de lui appliquer, ce qui le conduit à étudier plus spécialement la thyrotomie. « Tout homme, dit Semon, ayant dépassé la cinquantaine qui présente un enrouement datant de plus d'un mois et dont on ne peut expliquer la cause doit subir un examen laryngoscopique. » Celui-ci montrera le plus souvent une tumeur blanchâtre ou grisâtre peu saillante au-dessus de la surface de la corde et qui peut présenter l'aspect d'un papillome à base solide et large à surface irrégulière entouré d'une zone d'infiltration plus ou moins diffuse de couleur garance ; le bord de la corde peut être papillomateux ou encore une partie de la corde revêt un aspect blanc mat. La tumeur siège sur le tiers moyen ou antérieur de la corde dont la mobilité est assez souvent diminuée.

Le diagnostic différentiel sera fait avec des laryngites chroniques, les formes pachydermiques hypertrophiques ; certaines formes tumorales tuberculeuses. Dans la plupart des cas, le diagnostic hésitera plutôt entre la syphilis, la gomme en particulier, et le cancer.

Les tumeurs bénignes seront également à différencier. Butlin a caractérisé la difficulté que l'on peut escompter à poser un diagnostic clinique du cancer du larynx en ces termes : « Il y a trois sortes de cas : le premier, dans lequel tout le monde peut faire le diagnostic ; le deuxième dans lequel les plus instruits et les plus au courant le font seuls ; le troisième dans lequel les conditions sont si obscures que personne ne peut le faire. » La biopsie est la dernière ressource qui subsiste pour fixer le diagnostic clinique hésitant et encore est-il important de faire quelques réserves sur les résultats qu'elle peut fournir.

TRAITEMENT DU CANCER DE LA CORDE VOCALE PAR LA THYROTOMIE. — Quelques mots sur la thyrotomie, « thyro-fissure », « thyro-chondrotomie », « thyro-chondro-fissure », « laryngo-fissure » et un chapitre d'histoire qui enseigne que cette opération fut exécutée pour la première fois par Pelletan à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle dans le dessein d'enlever un corps étranger du larynx. La première thyro-fissure pour traiter les tumeurs du larynx fut pratiquée par Brauers de Louvain en 1853 ; puis successivement en France et à l'étranger cette méthode se propagea d'abord sous anesthésie générale, puis sous anesthésie locale. De nombreux cas de mort dus principalement à des broncho pneumonies firent abandonner cette intervention pendant une dizaine d'années de 1878 à 1888 en faveur de la laryngectomie.

Actuellement la plupart des opérateurs admettent que la thyrotomie proprement dite s'applique presque exclusivement au traitement des cancers de la corde bien limitée ; dans ces conditions, c'est une opération qui donne d'excellents résultats fonctionnels et assure une guérison presque certaine.

Les tumeurs trop étendues en surface (ayant dépassé les limites de la corde) et celles dans lesquels les ganglions sont pris ne doivent pas être traités par la thyrotomie. Paul-Roger Delpérier décrit la technique de Saint-Clair Thompson : infiltration du trajet à la cocaïne, anesthésie générale, surélévation des épaules et du cou ; langue inci-

sion ; trachéotomie préventive ; cocaïnisation du larynx et de la trachée ; division du cartilage thyroïde ; badigeonnage du larynx à la cocaïne ; tamponnement de la trachée ; écartement des ailes thyroïdiennes ; résection sous-périchondrale de la tumeur et de la corde ; parfois ablation partielle du cartilage thyroïde ; fermeture du larynx le plus souvent sauf à la partie inférieure. La canule trachéale est enlevée immédiatement après l'opération, mais parfois il est nécessaire de la remplacer pour cause d'hémorragie. Sir Saint-Clair Thompson fait garder la position assise à ses opérés pendant vingt-quatre heures. Le lendemain de l'opération le malade se lève pendant deux heures et s'assied dans un fauteuil ; le lendemain pendant quatre heures et ensuite toute la journée et fait parler ses malades au bout de dix jours et boire un peu d'eau stérilisée le jour même de l'opération ; le 2<sup>e</sup> jour il les nourrit avec des liquides et des gelées et le 3<sup>e</sup> jour avec des aliments solubles mais stérilisés.

L'examen microscopique doit être pratiqué le plus tôt possible après l'opération.

La technique de Semon avec anesthésie générale, celle de Chevalier-Jackson sans trachéotomie ; l'opération de Lack avec résection fenêtrée du cartilage ; la technique du professeur Botey, celle du professeur Schmiegelow sont passées en revue avec leurs caractères propres. Les techniques de Gluck, de von Bruns, de l'école viennoise sont également rappelées et il en arrive à l'école française dont il étudie les détails de technique et les perfectionnements qui ont été apportés à l'exécution de cette intervention.

*Technique du professeur Moure.* — L'anesthésie locale est seule employée. Le premier temps, incision de la peau et des parties molles sur une ligne partant de l'os hyoïde et allant au bord inférieur du cartilage cricoïde. On met à découvert la membrane thyro-hyoïdienne, la cartilage thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne et le cartilage cricoïde. Pincement des vaisseaux qui saignent et ligature au fur et à mesure. Le deuxième temps comporte l'incision longitudinale de la membrane crico-thyroïdienne dans toute sa hauteur. On introduit par cette ouverture dans le larynx une mèche de gaze imbibée de cocaïne au 1/10. Quand le malade ne tousse plus, on sectionne de bas en haut le cartilage thyroïde au moyen des ciseaux de Moure, la concavité de la pince dirigée en avant. Dans un troisième temps, on place deux petits écarteurs à griffes et après avoir complété l'anesthésie laryngée on écarte doucement les ailes du cartilage thyroïde. Le pharynx tamponné, on résèque la corde vocale avec des ciseaux jusqu'au cartilage aryténoïde qu'on laisse intact et on touche au thermocautère tous les points saignants et les surfaces cruentées. En un quatrième temps, les lames thyroïdiennes sont rapprochées par deux ou trois points de suture au catgut fort et on reconstitue la membrane thyroïdienne par un ou deux points au catgut plus fin et la membrane thyroïdienne si elle a été incisée.

On suture ensuite le plan musculaire puis le plan aponévrotique. Enfin l'incision cutanée est refermée par ses crins.

La trachéo-thyroïdectomie est exceptionnellement pratiquée par Moure qui pousse alors en bas l'incision cutanée jusqu'à 1 ou 2 centimètres de la fourchette sternale. Réclinaison ou section du corps thyroïde.



Ouverture de la trachée par une boutonnière sur le 2° ou 3° anneau trachéal. Introduction à frottement d'une canule plate spéciale.

Ouverture du cartilage thyroïde; plusieurs procédés à envisager :

a) Procédé comportant l'ablation de la canule dès la fin de l'opération ;.

b) Procédé comportant une canule à demeure ;

c) Procédé comportant une canule à demeure et laryngostomie.

A propos des soins consécutifs l'auteur conseille : « Il ne faut jamais décanuler sans avoir examiné le larynx et avoir habitué la malade à respirer par le larynx en fermant la canule d'abord pendant le jour, puis la nuit ».

Parmi les incidents et difficultés opératoires il faut citer une mauvaise anesthésie locale, une section mal faite du cartilage thyroïde, des hémorragies, des syncopes (rares). Parmi les accidents consécutifs : l'hémorragie secondaire de la périchondrite et de la nécrose du cartilage, des sténoses et déformations et des adhérences,

TECHNIQUE DE LEMAITRE. Une demi-heure avant l'opération injection de 0 gr, 01 de morphine, désinfection du champ opératoire à la teinture d'iode. Injection d'une dizaine de centimètres novocaïne à 1/200 adrénalisée de I goutte par 2 centimètres cube environ.

Incision de l'os hyoïde au cartilage cricoïde à découvert. Injection de quelques gouttes de solution de cocaïne au 1/10 dans le larynx à travers la membrane crico-thyroïdienne et ouverture du cartilage thyroïde sur la ligne médiane à l'aide de cisailles, complément de l'anesthésie endo-laryngée à l'aide d'une mèche de gaze imbibé d'une solution de cocaïne au 1/10 (adrénalisée). L'anesthésie étant parfaite il essaie de décoller le plus loin possible en arrière le péricondre interne du cartilage thyroïde et il résèque la tumeur en s'efforçant d'enlever avec elle une collerette de tissu sain qui l'entoure.

Il n'hésite pas à réséquer une portion du cartilage thyroïde si celui-ci lui paraît altéré. M. Lemaître exécute en général la thyrotomie sans trachéotomie. Tous ces procédés opératoires peuvent se ramener à trois types :

1° La thyrotomie sans trachéotomie et avec suture complète de la plaie après l'intervention ;

2° La thyrotomie précédée dans la même séance d'une trachéotomie temporaire; la canule étant enlevée dès la fin de l'opération ou laissée quelque temps ;

3° La thyrotomie précédée ou non d'une trachéotomie avec résection partielle de la charpente cartilagineuse.

Paul Roger Delpérier donne les indications de ces diverses opérations et rapporte quatre observations d'opérés guéris avec voix pour l'un, un peu rude pour un autre, un peu rauque et à peu près normale pour les deux autres.

D<sup>r</sup> GROSSARD.

F. SOERENSEN. — L'état actuel de la laryngectomie totale. *Centralblt für H.-N. und Ohrenhllk.* Vol. III, f. IV, juin 1933, p. 151.

L'auteur passe en revue les différentes techniques et recherche jusqu'à quel point la laryngectomie totale est devenue une opération qui

permet la guérison du cancer laryngé. Malgré les résultats peu encourageants du début, de nombreux perfectionnements ont contribué à faire de la laryngectomie totale une intervention dont les dangers sont réduits au minimum et par laquelle on peut obtenir une guérison complète dans un temps relativement court.

La grande mortalité du début était attribuable à deux causes : à la pneumonie de déglutition et à l'infection de la plaie.

Pour éviter la déglutition de sang, de débris tissulaires et de mucosités infectantes, Glück et l'auteur ont supprimé délibérément la respiration par la bouche et suturent la trachée à la peau au-dessus de la fourchette sternale. D'autres méthodes recherchent le même but tout en voulant conserver la respiration naturelle par la bouche ; elles tendent toutes à laisser intact le mécanisme de la déglutition (Fowler, Péan, Sebileau, Fœderl). Ces opérations économiques ne peuvent s'appliquer qu'à un nombre restreint de néoplasmes laryngés, dans lesquels le cancer est très limité. Il faut donc donner d'une façon générale la préférence à la technique de l'auteur.

Quant à l'infection de la plaie, on la réduit au minimum, en désinfectant soigneusement la peau, en ne faisant servir certains instruments qu'une fois, tels que ciseaux, aiguilles, porte-aiguilles, pinces, et en changeant de gants toutes les fois qu'on les aura souillés de mucosités pharyngées.

Il faut donner un soin particulier à l'hémostase ; plus elle est parfaite, moins il y a accumulation de caillots dans les recoins tissulaires, moins il y aura de petits foyers de suppuration. Pour la suture de la peau, l'auteur donne la préférence au fil métallique très fin, celui-là ne s'imprégnant pas des sécrétions de la plaie.

La plus grande source d'infection est l'oropharynx. On l'atténue jusqu'à un certain point en procédant avant l'opération à une désinfection méticuleuse de la bouche, des dents, des amygdales.

L'auteur est persuadé — il en donne d'ailleurs la preuve dans ses statistiques — qu'une cicatrisation per primam de la plaie pharyngée est réalisable ; il suffit de faire une suture au catgut (et non à la soie) uniquement de la sous-muqueuse et de la musculieuse réunies ; on obtient ainsi un meilleur accollement des bords qu'en perforant toute la paroi.

Malgré les nombreux arguments que beaucoup de chirurgiens ont formulés en faveur de l'opération en deux temps avec trachéotomie préalable, l'auteur ne trouve qu'une seule indication formelle : la dyspnée. Au contraire, l'opération en deux temps a d'après lui pour toutes les autres indications plutôt des désavantages : perte de temps, cicatrisation plus ou moins gênante à l'orientation ultérieure, raisons économiques (1), fixation du moignon trachéal prématurée dans les cas de cancer situé très bas. Les métastases ganglionnaires, à condition qu'elles soient très grosses et étendues sont encore une raison pour faire une trachéotomie préalable. Quand on opère en un temps, il faut rechercher les ganglions avant l'ouverture du tube respiratoire pour éviter l'infection par des germes néoplasiques. Glück et l'auteur font un lambeau en V à base hyoïdienne ; cette ligne d'incision permet d'obtenir un lambeau bien nourri et dégageant bien le champ opératoire. La ligne de suture pharyngée est de ce fait placée directement

sous la base, ce qui lui assure une bonne nutrition. L'incision en T n'est réservée qu'aux cancers nécessitant de grands délabrements. La peau n'est réclinée qu'avec son tissu conjonctif sous-jacent, les muscles pouvant être souvent infiltrés par des traînées cancéreuses à la façon des pectoraux dans le cancer mammaire.

De même que le choix de l'anesthésie, que l'opération en un ou deux temps, l'ablation de haut en bas ou de bas en haut reste toujours un sujet de controverse très discuté. A la méthode de bas en haut, Glück et Sørensen reprochent une asepsie difficilement réalisable, les voies respiratoires étant ouvertes dès le début de l'intervention. Ils préfèrent le procédé en un temps et de haut en bas, exécuté sous anesthésie régionale. Voici leur technique :

Incision arciforme à base hyoïdienne ou en T selon les cas, section des muscles thyro-hyoïdiens, ligature de l'artère cricothyroïdienne, décollement du corps thyroïde, dégagement des constricteurs pharyngiens, du bord latéral du cartilage thyroïdien, dégagement de la corne supérieure du cartilage thyroïdien, section du ligament thyroïdien latéral, ligature de l'artère laryngée supérieure, décollement de la muqueuse pharyngée dans le sinus piriforme. Ouverture de la gaine des grands vaisseaux, révision de la chaîne ganglionnaire, puis tamponnement soigné de la plaie à la gaze. Ouverture du pharynx par une incision transversale sous hyoïdienne; traction de l'orifice laryngé en dehors, puis détachement de la muqueuse du chaton cricoïdien, décollement de l'œsophage de la paroi postérieure de la trachée. En cas de dyspnée accentuée pendant ces temps opératoires on fend le larynx sur la ligne médiane. Au moment du décollement de la muqueuse pharyngée et de l'œsophage, introduction d'une sonde par voie nasale jusqu'à mi-chemin de l'œsophage et fermeture de la plaie pharyngée par une série de points de suture non perforants. Ce n'est qu'à ce moment qu'on sépare le larynx de la trachée; suture du moignon trachéal à la peau. Diminution de la cavité par quelques points de suture au catgut enfouis, reposition du lambeau cutané, suture de la peau et drainage par les côtés dans l'incision arciforme, par deux boutonnières situées chacune latéralement de l'ouverture trachéale dans l'incision en T; pansement, mise en place d'une canule courte à lumière large.

Mais l'opération n'est pas tout; les soins post-opératoires ont autant d'importance qu'une technique bien exécutée. Ils consistent à surveiller l'action cardiaque, à provoquer une expectoration facile et à entretenir une alimentation suffisante. Le malade doit être assis dans son lit, et faire un peu de gymnastique respiratoire. L'auteur fait même asseoir les malades dans un fauteuil le lendemain de l'opération. L'alimentation doit être substantielle et donnée par la sonde qui restera de préférence à demeure.

En procédant ainsi Glück et l'auteur ont pu obtenir une mortalité de 2 % seulement. Néanmoins dans la forme extrinsèque très étendue, nécessitant de grands délabrements, il semble impossible de faire descendre la mortalité en dessous de 10 %, ce qui est malgré tout encore un chiffre satisfaisant.

L'auteur constate avec satisfaction que cette technique se répand de plus en plus non seulement en Allemagne, mais aussi à l'étranger,

notamment en Espagne, où Tapix a obtenu d'excellents résultats qu'il a rapporté au Congrès international de Laryngologie à Paris en 1922.

L'auteur termine par une statistique toute récente de 35 cas (20 cas intrinsèques, 10 cas extrinsèques) dont 3 sont morts de causes non inhérentes à l'opération (1 cas de paludisme grave, 1 cas de gangrène diabétique de la jambe, 1 cas de métastases pulmonaires avancées non diagnostiquées). Sur ces 32 cas, 22 étaient guéris au bout de quinze jours, jusqu'à un petit bourgeonnement orificiel. Les 10 autres cas présentaient quelques petits foyers de suppuration, mais étaient guéris au bout de quatre semaines sans fistulisation aucune.

G. QUIRIN.

R. GIROD. — **La laryngofissure combinée à la radium-et à la radiothérapie dans les cancers glottiques du larynx.** *Th. Lyon*, 1922 (Imprimerie Bosc Frères et Riou, 45, quai Gailleton, Lyon).

Dans l'historique qui commence son travail tout d'actualité, l'auteur passe en revue trois catégories d'auteurs. Les partisans des méthodes chirurgicales ; les partisans des agents physiques seuls ; les partisans des deux premières méthodes combinées. C'est la combinaison de la chirurgie avec le radium et les rayons X qu'il se propose d'étudier en insistant sur le manuel opératoire, les indications et les résultats qui seront confirmés par les observations.

Ce traitement appliqué par MM. Bérard et Sargnon aux maladies qui font l'objet des observations recueillies peut se diviser en : radiothérapie préopératoire ; laryngofissure (celle-ci se fera en un ou deux temps, selon les circonstances) ; application de radium.

L'application de radium dans tous les cas rapportés par Girod a suivi immédiatement l'acte chirurgical.

Ce qui est très important, c'est de bien respecter les aryténoïdes pour éviter des accidents très graves. Bérard et Sargnon emploient actuellement des tubes de 25 milligrammes laissés pendant vingt-quatre heures ou de 50 milligrammes laissés pendant six à huit heures. Ils sont introduits par la brèche de laryngofissure, et leur filtration est obtenue par une gaine d'or entourée de caoutchouc et de gaze qui, en même temps, joue le rôle de pansement compressif. Ces temps derniers les mêmes auteurs ont associé les tubes avec les aiguilles de radium. Ces aiguilles, conçues par le professeur Regaud et contrôlées par le laboratoire Curie sont en platine et marquées de deux anneaux d'or qui limitent le radium. Elles mesurent 25 millimètres de longueur, 1 millimètre de diamètre et contiennent environ 2 milligrammes de radium-élément. Elles sont à employer surtout quand la tumeur dépasse les limites opératoires. Elles ont été implantées au nombre de 6 à 8 dans les zones suspectes et laissées en place pendant trois, quatre ou cinq jours. Elles ont d'assez gros inconvénients. Elles font un trajet sphacélique dans leur zone d'implantations et tombent facilement. De plus elles provoquent du sphacèle en surface, car elles sont peu filtrées. C'est pour ces raisons que MM. Bérard et Sargnon ont dû, à la suite d'incidents, rester fidèles aux tubes mieux filtrés et plus maniables ; ils réservent, d'ailleurs, les aiguilles pour les manifestations extrinsèques du cancer du larynx. Dès que la réaction inflam-



matoire due au radium a diminué, on pratique des séances de radiothérapie « à ciel ouvert » par la brèche opératoire maintenue béante par un écarteur automatique. La phase radiothérapique de la méthode de Girod est un point particulièrement nouveau.

Ces applications radiothérapiques ont été faites à l'aide d'une ampoule « Pilon » à refroidissement à eau, et les mesures observées ont été les suivantes : Intensité, 2 mgr. 5 ; filtration, 3 à 5 millimètres d'aluminium ; longueur d'étincelle, 15 à 20 millimètres : durée des séances, quinze à vingt minutes.

Les séances ont lieu tous les deux ou trois jours. Le nombre des séances, pour le traitement de la lésion primitive seule, a été de 5 en moyenne, sans compter les séances faites au malade par mesure de sécurité chaque fois qu'il s'est présenté par la suite. Les portes d'entrée pour les rayons ont varié suivant le siège de la tumeur. Les principales sont les régions latérales et la région médiane quand il s'est agi de radiothérapie profonde.

On peut dire enfin que chaque application correspondait à un rayonnement à la peau qu'on peut évaluer de 2 à 3 H ; 5 H étant la dose nocive provoquant de la radiodermite.

Ces applications de rayons X ont été faites en 3 séries.

a) *Série préopératoire*, 2 ou 3 séances espacées de un ou deux jours.

b) *Série à « ciel ouvert »*, 3 séances pratiquées à un ou deux jours d'intervalle.

c) *Série de radiothérapie profonde*. La canule est enlevée, mais il faut laisser une fistulette, au cours de la cicatrisation, pour permettre l'évacuation du sphacèle possible curiethérapique.

On procède ensuite à deux ou trois séances de radiothérapie profonde à un ou deux jours d'intervalle et plus tard, à chaque consultation, tous les quinze, trente ou quarante-cinq jours, on fera, par mesure de prudence une nouvelle séance de radiothérapie profonde.

Il semble que cette méthode, pour obtenir de bons résultats, doit s'appliquer à des tumeurs siégeant sur la corde vocale vraie ou fausse, immobilisant ou non la première et pouvant être bilatérale, ou bien dans la région ventriculaire ou enfin dans la région sous-glottique antérieure. La laryngofissure sous anesthésie locale est un acte opératoire, habituellement bénin, à condition qu'elle soit pratiquée chez des sujets n'ayant aucune tare chronique surtout du côté pulmonaire. Le danger au contraire est plus grand quand il s'agit de vieillards ou de malades atteints d'une vieille affection pulmonaire ou ayant un cœur douteux.

D'ailleurs l'inconvénient vraiment appréciable de la méthode vient moins de l'acte chirurgical que de l'application du radium. Celui-ci en effet peut produire du sphacèle très rapide, surtout avec les aiguilles, de la nécrose des cartilages, de l'œdème des aryténoïdes. Les rayons X en dehors de la radiodermite peuvent provoquer une grosse dysphagie, de la nécrose.

Comme conclusion de son travail, Girod, déclare : « qu'il semble que nous pouvons déjà fonder de grands espoirs sur cette méthode qui supprimerait l'opération et respecterait l'organe vocal du malade. »

Des 11 observations dues à MM. Bérard et Sargon il n'est pas pos-

sible de tirer de conclusions ; les cas traités sont trop récents, mais c'est vers cette voie de radiothérapie profonde seule que se dirigent les idées actuelles des radiologues et c'est vers elle, dit l'auteur, que devront tendre tous nos efforts.

GROSSARD.

WISKOVSKY (*Bratislava*). **Communication d'un cas d'emphysème médiastinal et sous-cutané à la suite de l'aspiration d'une fève dans la bronche droite. Guérison après extraction du corps étranger par bronchoscopie pérorale.** *Bratislavské lekarske listy*, 1923, T. II, n° 3.

L'apparition d'emphysème médiastinal et sous-cutané après aspiration de corps étrangers est une complication très rare. Dans le cas de l'auteur il s'agit d'un enfant de 2 ans qui a aspiré une fève. La crise initiale de toux est suivie d'une période de latence subjective et objective absolue, durant neuf heures. Plus tard, une crise nouvelle de toux violente survient qui fait apparaître une dyspnée persistante. Une vingtaine d'heures après l'accident, apparition d'emphysème sous-cutané dans la région du cou ; cinquante-quatre heures après l'aspiration on amène l'enfant au service.

L'examen objectif révèle la présence d'un emphysème sous-cutané, envahissant le cou et la partie supérieure du thorax. Aux poumons, sonorité exagérée et absence de respiration du côté droit. A l'écran une bande claire de 3 centimètres de diamètre suivant le bord droit du sternum et une ombre diffuse sur le poumon droit.

La bronchoscopie pérorale pratiquée à l'aide d'un tube de 7 millimètres de diamètre fait voir une fève fixée dans la bronche droite sous la bifurcation même. Ce corps étranger est enlevé au moyen de la pince de Brümings ; on retire d'abord la pelure, puis la fève qui s'est divisée en quatre morceaux séparés. Pas d'œdème post-endoscopique. Trente-six heures après l'extraction, l'emphysème médiastinal disparaît sur la radio. L'emphysème sous-cutané persiste pendant une semaine, de même que la bronchite.

L'extraction des fèves par la bronchoscopie inférieure présente d'après les statistiques une mortalité assez élevée par pneumonie consécutive. Il semble que ce soit la trachéotomie, même de courte durée, qui a cette influence défavorable sur la marche des pneumonies. Il faut donc contrairement à l'opinion de Brünings, Eicken, Mann tenter l'extraction par bronchoscopie pérorale, même s'il s'agit de corps étrangers qui gonflent facilement.

L'emphysème qui suit l'aspiration est produit par une rupture de la paroi alvéolaire au cours de la toux violente ; il est d'abord interstitiel, puis sous-pleural, enfin médiastinal et sous-cutané. Cette complication, d'ailleurs rare, ne trouble nullement le pronostic du cas, si l'extraction a été suivie de succès.

Analyse de l'auteur.

A. ROTH. — **Contributions au diagnostic des perforations de l'œsophage par corps étrangers.** *Zeitsch. f. Hals*, t. V, f. 1 p. 58.

Au cours d'une œsophagotomie pour perforation de l'œsophage par esquille osseuse, on recherche vainement la perforation. L'in-

troduction de l'œsophagoscope permet, à ce moment, de voir une petite zone du canal plus vivement illuminé, c'est le siège de la perte de substance, si petite qu'on ne peut la cathétériser. R. pense que cette méthode de diagnostic du siège de la perforation pourrait être généralisée.

V. SCHMIDT. — **9 cas de diverticule par pulsion.** *Acta-oto-laryngologica*, avril 1923, vol. V, p. 6.

L'âge des patients variait entre 58 et 71 ans. Dans 2 cas, les symptômes duraient respectivement depuis deux et trois ans ; dans les autres depuis dix à vingt ans. Comme facteur étiologique, on peut invoquer dans 2 cas, le goitre ; dans un cas des phénomènes spasmodiques durant depuis longtemps. Le diagnostic fut établi par l'histoire des malades, par l'introduction de bougies qui tantôt sont bloquées dans le diverticule et tantôt passent librement dans l'œsophage, par l'examen radiographique. Celui-ci ne fut en défaut qu'une fois, car la masse de baryum glissa au-devant du diverticule. L'œsophagoscopie enfin a été très utile pour le diagnostic ; dans 2 cas, il fallut utiliser des bougies conductrices. 2 malades refusèrent l'opération, un fut gastrotomisé à cause de son état de faiblesse. 6 furent opérés ; 2 le furent par la méthode de Goldmann et guérirent. Les 5 derniers subirent une œsophagotomie externe. 2 d'entre eux moururent et l'autopsie montra des modifications profondes de l'organisme, néphrite chronique, kyste rénal, dégénérescence amyloïde.

*Analysé par l'auteur.*

VICTOR FAIRIN GOLLAN (de Saragosse). — **Diverticules de l'œsophage.** *Revista española de laryngologia, otologia y rinologia*, n° 2, mars-avril 1923).

Etude très claire et très complète de la question, inspirée par les derniers travaux nord-américains.

L'auteur laisse de côté les diverticules congénitaux ; il ne s'occupe que des diverticules dus à la distension de la paroi œsophagienne par le mécanisme de propulsion ou de traction.

Les diverticules par propulsion ont leur siège de prédilection aux confins du pharynx et de l'œsophage, région éminemment favorable à la hernie de la muqueuse pharyngo-œsophagienne par suite de la constitution anatomique du plan musculaire de la paroi à ce niveau.

Les diverticules par traction bien moins fréquents que les précédents, si bien qu'ils passent souvent inaperçus en clinique, sont des diverticules nettement œsophagiens qui peuvent se former à n'importe quelle hauteur de l'œsophage, bien que ce soit à sa paroi antérieure et à la hauteur du pile pulmonaire, où pour des raisons étiologiques, ils se rencontrent le plus souvent.

Les caractères vraiment distincts de ces deux variétés de diverticules font que leur étude doit être séparée.

La majeure partie des diverticules par propulsion sont des diverticules pharyngiens ou pharyngo-œsophagiens pour la raison suivante ; au niveau de la bouche de l'œsophage, c'est-à-dire à la hauteur du

cricoïde, non seulement la tunique musculaire du pharynx est très mince, mais encore par suite de la disposition spéciale des fibres circulaires et obliques du constricteur inférieur, il existe à la paroi postérieure un espace au niveau duquel les fibres obliques sont si rares et les circulaires si peu serrées qu'il n'est pas nécessaire d'un grand effort pour les séparer. Du côté de l'œsophage, à sa paroi postérieure et en continuité de la zone pharyngienne précédente, se trouve également une région dépourvue complètement de fibres musculaires longitudinales.

L'union de ces deux portions de l'œsophage et du pharynx, délimite donc une zone plus ou moins étendue, dont le peu de résistance contraste avec celle que possèdent les régions supérieures et inférieures.

Il résulte de cette inégalité de résistance dans des zones si proches et de rôle physiologique semblable, que, lorsque l'entrée de l'œsophage est plus ou moins serrée pour des motifs pathologiques, la pression, qu'exercent les constricteurs du pharynx pour vaincre la résistance opposée au passage des aliments, peut produire un relâchement ou une séparation des fibres musculaires de la zone moins résistante ; grâce à ce relâchement ou à cette séparation il survient ; après des efforts successifs et prolongés, une hernie de la muqueuse pharyngienne, point de départ du diverticule.

Parmi les causes occasionnelles qui peuvent entraîner la formation d'un sac diverticulaire, il faut citer :

Les rétrécissements hauts de l'œsophage, de durée un peu prolongée, qu'ils soient purement spasmodiques ou inflammatoires, cicatriciels ou dus à la présence d'un corps étranger.

Les paralysies et parésies de l'œsophage, en diminuant la résistance de la paroi œsophagienne ; favorisent également la formation d'un diverticule.

Le défaut de coordination dans la contraction du constricteur inférieur et les fibres du commencement de l'œsophage.

Les traumatismes, amenant la rupture ou la dilacération des fibres de l'œsophage et principalement ces petits traumatismes répétés d'une façon constante, comme le sont ceux déterminés par la déglutition de bols alimentaires insuffisamment mastiqués.

Enfin, certains auteurs affirment que tous les diverticules sont des formations congénitales, qui croissent très lentement ne déterminant de troubles qu'à une période avancée de la vie.

L'histologie du sac est variable suivant les cas.

Pour Zemner, les diverticules sont constitués seulement par la muqueuse œsophagienne épaissie, du fait de l'hypertrophie papillaire, par du tissu sous-muqueux et par une couche externe du tissu conjonctif, peut-être d'origine inflammatoire. Quelquefois la muqueuse est tellement mince, que le traumatisme explorateur peut se rompre. Selon Zemner, la couche musculaire manque complètement dans le sac diverticulaire où si elle existe, elle est limitée à sa portion cervicale et constituée par les fibres du constricteur.

Il est évident que dans la majorité des cas, l'opinion de Zemner est exacte ; cependant il existe des cas cliniques non douteux de diverticules œsophagiens pourvus d'une vraie couche musculaire. L'auteur



signale un cas, accompagné de radiographie, dans lequel le sac se contractait très fortement, en déversant complètement dans l'œsophage le contenu, qu'il retenait depuis plus ou moins de temps.

Le volume et la forme des diverticules pharyngo-œsophagien sont extra veineux, variables. généralement de forme sphérique avec un pédicule d'implantation plus ou moins large ; ils affectent quelquefois une forme cylindrique ou celle d'un appendice.

Il est difficile de préciser l'âge auquel ces processus commencent. Certains affirment que tout diverticule se forme seulement à l'âge adulte. L'auteur est d'avis, que dans nombre de cas, le diverticule commence dans la jeunesse et très probablement dans l'enfance.

L'âge auquel, apparaissent les symptômes qui commencent à inquiéter la malade, est généralement la quarantaine.

Les diverticules s'observent plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

L'augmentation du volume du sac est surtout due à l'arrêt des aliments dans son intérieur et aux fermentations anormales que cette rétention entraîne ; sa muqueuse se distend et ses couches cellulaires prolifèrent.

La contracture spasmodique de l'orifice diverticulaire ajoute souvent son influence en retenant les gazs produits, qui distendent les parois du sac.

La symptomatologie des diverticules petits de l'œsophage est obscure, car où ils ne donnent pas de signes nets de leur présence.

Les diverticules d'un certain volume se révèlent, à la sensation de tumeur qu'ils donnent à sa palpation lorsqu'ils sont remplis, aux troubles de déglutition et aux régurgitations, qui surviennent, et aux phénomènes inflammatoires et septiques engendrés par les fermentations putrides.

En dehors de ces symptômes l'examen œsophagoscopique indique l'existence d'un orifice diverticulaire.

La radioscopie ou la radiographie, précédées d'ingestion de bismuth, donnent lieu, dans le cas de pénétration dans le sac, à l'apparition d'une ombre ; l'exploration avec la sonde peut enfin révéler l'existence d'un cul-de-sac.

La palpation du cou, placé en flexion donne, lorsqu'il existe un diverticule œsophagien d'un certain volume à l'état de plénitude, la sensation d'une tumeur fluctuante ou non, qui peut disparaître plus ou moins, sous l'activité de la pression qui chasse le contenu.

Les troubles digestifs dans les cas légers demeurent réduits à un catarrhe chronique avec sécrétion abondante, mauvais goût dans la bouche et fétidité persistante de laquelle le malade se rend parfaitement compte. En plus de ces symptômes, on note la régurgitation putride plus ou moins abondante et fréquente d'aliments non digérés ; elle apparaît peu de temps après les repas ou à une certaine distance, avec des intervalles parfois courts, parfois de plusieurs jours.

La fréquence de la régurgitation dépend de la contractilité du sac, de la facilité avec laquelle il se remplit et de son volume.

Enfin apparaît la dysphagie qui peut être due à la compression œsophagienne, à la difformité que la traction du sac plein provoque à l'entrée de l'œsophage et aux phénomènes spasmodiques entretenus

par l'irritation que détermine l'inflammation de la muqueuse de l'orifice du diverticule. La dysphagie arrive à un tel degré dans les grands diverticules que les malades finissent par mourir d'inanition.

La rétention des aliments entretient des troubles inflammatoires plus ou moins graves qui vont de la simple desquamation jusqu'à la fistule purulente qui peut s'ouvrir un passage vers le médiastin, vers l'extérieur ou vers l'œsophage lui-même (cas de Rindwe).

Le diagnostic des diverticules pharyngo-œsophagien offre beaucoup moins de difficulté que celui des diverticules bas. Il est facilité par la présence d'une tumeur dans le cou et l'existence de régurgitation d'aliments n'ayant pas subi l'action du chimisme gastrique. De toute façon on ne peut tenir pour certaine l'existence d'un diverticule que si on a pu découvrir son orifice au moyen de l'œsophagoscopie, et que la sonde et la radiographie ont permis de reconnaître la présence d'un cul-de-sac. L'œsophagoscopie doit s'effectuer avec le plus grand soin, en nettoyant parfaitement le champ ; car si l'orifice du diverticule est petit et de plus contracté, il peut passer inaperçu entre les replis pharyngo-œsophagiens, surtout si on n'emploie pas des tubes de grand diamètre.

L'exploration avec la sonde est une manœuvre aveugle et n'a que peu de valeur.

La radiographie ou radioscopie, dans les sacs petits ou même grands mais peu remplis, ne donne généralement pas d'ombre. Il faut alors recourir à l'ingestion d'une pâte de bismuth et comme celle-ci peut passer directement dans l'œsophage sans pénétrer dans le diverticule, il est entendu que dans les cas négatifs, cette méthode n'a pas de valeur diagnostique. L'intérêt de la radioscopie consiste surtout à nous faire connaître le volume atteint par le sac.

Le pronostic dépend du volume du diverticule et des complications pyogènes qui peuvent s'y développer. Les diverticules petits, sous la réserve de ne pas s'infecter, ne mettent pas le malade en danger ; seul le spasme inflammatoire de l'œsophage apporte une gêne. Il est d'ailleurs facile de supprimer le spasme à l'aide de la dilatation.

Les grands diverticules peuvent entraîner la mort par inanition, unie à la toxémie engendrée par la résorption putride.

Si le diverticule s'infecte profondément et arrive à provoquer un abcès, le péril devient grand, en raison de la possibilité d'une médiastinite septique ou d'un phlegmon diffus du cou, avec la septicémie consécutive.

Les diverticules petits ou de moyen volume qui ne s'enflamment pas et entraînent seulement de la régurgitation ou de la dysphagie spasmodique doivent être traités par la dilatation de l'œsophage et de l'orifice diverticulaire avant de s'adresser à un procédé chirurgical en cas d'échec du traitement ou si la gêne pour le malade augmente.

Si le diverticule comprime l'œsophage ou quelque autre organe du cou, ou s'il est démontré qu'il s'y développe un processus pyogène, alors autant que possible, il faut opérer.

L'opération des diverticules œsophagiens a passé par différentes étapes.

Tout d'abord on pratique l'extirpation du sac avec suture œsopha-

gienne à la Lemberg; mais cette suture cédait le plus souvent, malgré l'alimentation au moyen de la sonde, et les malades mouraient de complications septiques.

Croyant que la présence de la sonde empêchait la suture de prendre, on eut l'idée d'extirper le diverticule après une gastrotomie pour alimenter le malade par voie gastrique. Cependant malgré la suppression du passage des aliments par l'œsophage, la suture s'infectait et l'opération échouait.

Dans l'un et l'autre cas, le chemin suivi par l'infection était celui qu'avait laissé la dissection du diverticule, et le plus souvent la collection purulente s'épanchait dans le médiastin.

Pour créer une barrière à l'infection, les Mayo imaginèrent dans une première intervention, de disséquer le diverticule et de le laisser en le suturant sous la peau et plus tard, quand l'espace qu'il occupait avait disparu par suite des adhérences formées, alors en un second temps, de pratiquer la résection.

Par ce procédé; la suture de l'orifice du diverticule pouvait également céder, mais le pus rencontrait une résistance pour se déverser dans le médiastin et cheminait par la brèche vers la peau, en produisant seulement un trajet fistuleux, qui finissait par disparaître.

Depuis on pensa obtenir la guérison des diverticules, en liant le pédicule ou en suturant l'orifice, en abouchant le sac à la peau du cou, pour essayer ensuite, au moyen d'agents modificateurs d'obtenir sa réduction à un trajet fistuleux destiné à se fermer. Ce procédé opératoire, comme il fallait s'y attendre, fut suivi le plus souvent d'accidents pyogènes.

Dans l'intention d'éviter l'infection qui une fois le diverticule réséqué, apparaîtrait presque sûrement au niveau de la suture de l'œsophage, on eut l'idée d'invaginer le diverticule dans la cavité œsophagienne et de suturer ensuite l'orifice du diverticule afin d'empêcher une nouvelle procidence possible du sac. Lorsque le diverticule est petit, cette technique est parfaite; dans le cas contraire, l'invagination d'un grand diverticule entraîne la création d'une sténose de l'œsophage aussi importante que le diverticule lui-même.

Schuder vers la même époque pratique une diverticulo-œsophagotomie avec un résultat satisfaisant, mais cette technique ne rencontre pas de partisans; car en plus de la difficulté opératoire, elle a tous les inconvénients déjà signalés de la suture.

La diverticulopexie est le procédé opératoire qui jusqu'ici a donné les meilleurs résultats. Elle consiste, une fois le sac diverticulaire disséqué, à le fixer par quelques points de suture à un muscle quelconque du cou ou à l'œsophage lui-même de telle sorte que l'orifice diverticulaire occupe le plan le plus déclive afin que les aliments ne puissent entrer dans le diverticule et que la sécrétion produite dans le sac, passe sans difficulté dans la voie digestive.

La diverticulopexie une fois effectuée, on peut dans un second temps opératoire extirper le sac, qui libre de fermentations putrides n'est pas enflammé, et alors la suture de son orifice a plus de chance de réussir. Toutefois, si le malade se trouve bien, il est inutile de songer à extirper le diverticule.

Ce procédé qui a donné pleine satisfaction à l'auteur, notamment

dans un cas où il y avait des troubles très accusés de la nutrition, est celui qu'il recommande. Voici maintenant la technique qu'il conseille de suivre : tout d'abord n'opérer qu'avec l'aide d'un conducteur ; pour cela on place une sonde dans l'œsophage et une autre dans le sac ; grâce à elles, on sait à tout moment dans quel plan on opère, et la dissection pour libérer le sac se fait avec précision. Les temps successifs sont : incision de la peau et de l'aponévrose superficielle sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien que l'on récline en arrière, section de l'omo-hyoïdien qui confine à la zone dangereuse. Là, on rencontre en effet, le paquet vasculo-nerveux que l'on écarte en arrière avec le muscle sterno-cléido-mastoïdien, le corps du thyroïde que l'on récline en avant le plus possible avec le larynx et la trachée. Dans le champ opératoire, on tombe sur l'artère thyroïdienne supérieure et la vessie thyroïdienne moyenne que l'on sectionne toujours entre deux ligatures. Dans le fond, on aperçoit l'œsophage que l'on reconnaît facilement grâce à la sonde ; une fois atteint, l'autre sonde laissée dans le diverticule trace la voie à suivre pour le disséquer.

Dans les diverticules intrathoraciques, la dissection est extrêmement difficile et quelquefois impossible.

Le travail de Fairin est rehaussé de nombreuses figures et de trois superbes planches.

L. FIOCRE.

GRUNBERGER et PIJPER. — **Un cas de leio-myome de l'œsophage**, *Acta Oto-Laryngologica*, vol. V. f. 1, avril 1922, p. 26.

Homme de 54 ans, se plaint depuis quelque mois de difficulté de déglutition. Les rayons X montrent une stricture très marquée de l'œsophage, sans aucun signe de tumeur. A 20 centimètres des arcades dentaires l'œsophage montrait une tuméfaction dure et ronde de la paroi postérieure. La muqueuse était normale et ne saignait pas au passage de la sonde ou de l'œsophagoscope. Wassermann négatif. Pas de signe d'anévrisme de l'aorte ni de tumeur médiastinale. L'état général alla en s'aggravant et le malade finit par mourir quelques jours après une gastrotomie. L'examen *post-mortem* montra une sténose considérable, causée par un leio-myome de la paroi œsophagienne.

*Les auteurs.*

BRATTSTRÖM, ERIK. — **2 cas de cancer de l'œsophage avec diagnostic précoce par l'œsophagoscopie**. *Acta Oto-Laryngologica*, vol. V, fasc. 1, avril 1923, p. 3.

L'auteur de cet article cite 2 cas où il a réussi, au moyen de l'œsophagoscopie et de l'excision pour examen, à faire le diagnostic du cancer de l'œsophage à une période relativement précoce. L'examen aux rayons X qui a été fait dans le premier cas 5 jours après, et dans le second trois semaines après, n'a pu découvrir de signes évidents de cancer. Comme le traitement radiographique précoce est chose importante,



cette méthode doit être recommandée dans les cas douteux, lorsque l'examen aux rayons X a donné un résultat négatif.

*L'auteur.*

**J.-A. BARRÉ. — Traitement de la névralgie faciale par l'ionisation à l'aconitine. Névralgie faciale et sympathalgie faciale.**  
*La Médecine*, juin 1923, n° 9, p. 676.

L'ionisation à l'aconitine, appliquée avec une technique rigoureuse, est une thérapeutique souvent efficace dans la vraie névralgie faciale ; au contraire, chez les sympathalgiques, l'ionisation à l'aconitine n'a jamais eu d'effets heureux.

Il faut absolument éviter que les électrodes soient souillées par d'autres substances (Na Cl. en particulier) elles ne doivent servir qu'à cet usage exclusif et les récipients contenant les médicaments doivent être soigneusement rincés à l'eau distillée. L'électrode positive, imbibée d'une solution d'azotate d'aconitine pur à 1/4 de milligramme pour 125 centimètres cubes est appliquée sur la face. L'électrode négative, imbibée d'eau distillée, est posée sur la nuque. Quand le courant passe, le cation aconit va vers le pôle négatif et pénètre dans les tissus, l'anion azotate reste sur l'électrode.

Séances tous les deux jours ; une demie heure de durée ; intensité de 15 à 20 milli.

*L. B.*

**HÁJEK (Institut de Médecine légale à Prague). — Contribution aux blessures du cou par des instruments piquants et tranchants à la suite de suicide.** *Casopis lékařu českých*, 1923, n° 6.

L'auteur donne la description détaillée d'un cas de suicide (femme de 61 ans) exécuté par un coup de ciseaux du côté droit du cou, pénétrant les muscles sterno-hyoïdiens, omohyoïdien et sternothyroïdien. La carotide externe et l'artère linguale étaient lésées. Une autre plaie transversale — une coupure déterminée par le même instrument — était oblique en haut et à gauche ; elle n'avait pénétré que dans la peau et le tissu sous-cutané.

La localisation anormale des blessures, la profondeur du coup et l'étrangeté des instruments employés par les suicidés sont les causes principales de faux diagnostics dans des cas pareils. (Le cas décrit par l'auteur était considéré dans un rapport médico-légal comme assassinat). L'auteur cite quelques cas publiés, comme illustration des suicides entraînés par des blessures bizarres du cou dont le premier aspect semblait exclure, qu'elles pouvaient résulter de tentatives de suicides.

*WISKOWSKY (Bratislava).*

---

*Le Gérant : P. VIGOT.*

# M É M O I R E S

---

## DIAZORÉACTION ET RÉACTION DE MORIZ-WEISZ DANS LA TUBERCULOSE DU LARYNX

Par F.-J. COLLET.

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

---



Pendant quelques semaines j'ai cherché systématiquement la diazoréaction d'Ehrlich et la réaction de Moriz-Weisz chez tous les malades qui ont été adressés à ma consultation de l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de tuberculose laryngée.

On sait que la diazoréaction a été découverte en 1882 par Ehrlich dans la fièvre typhoïde et ainsi dénommée par lui parce qu'elle consisterait dans la fixation de sulfodiazobenzol sur une substance inconnue contenue dans l'urine des typhiques, mais qu'elle ne s'observe pas exclusivement dans cette infection : elle se rencontre notamment aussi dans la tuberculose avancée.

Voici la technique que nous avons employée. On verse dans un tube à essai deux centimètres cubes et demi d'urine auxquels on ajoute une égale quantité de la solution :

acide chlorhydrique . . . . .	5 cc.
eau . . . . .	95 cc.
acide sulfanilique . . . . .	à saturation

puis deux gouttes de celle-ci :

nitrite de soude . . . . .	50 centigr.
eau distillée . . . . .	100 gr.

Les deux solutions doivent être renouvelées tous les huit jours.

Cela fait, on agite et on verse lentement dix gouttes d'ammoniaque; on voit alors se former en cas de réaction positive, un anneau rouge au niveau du contact de l'ammoniaque avec le reste du liquide; après mélange le tout prend une coloration rouge; enfin par agitation la mousse est colorée en rouge et reste adhérente aux parois.

Quant à la réaction de Moriz-Weisz, elle s'observe dans la tuberculose cavitaires et manque dans la tuberculose au début. On l'obtient en faisant tomber trois gouttes d'une solution de permanganate de potasse à 1 % dans un tube à essai contenant quelques centimètres cubes d'urine étendue au tiers avec de l'eau distillée : la réaction positive se traduit par une coloration jaune d'or, alors qu'un tube témoin prend une coloration brune.

Ci-dessous le résultat de mes recherches.

26 avril. L. 23 ans, Dysphonie, pus sur la commissure postérieure, infiltration de la commissure postérieure et de la glotte intercartilagineuse. R. E. et de M.-W. positives.

Ch. 46 ans. Dysphagie intense, infiltration de l'épiglotte et ulcérations miliaires de sa partie droite, infiltration et ulcérations superficielles de la moitié droite du larynx. Pas de température vespérale. Amélioration très incomplète par injections anesthésiantes ; dans le laryngé supérieur. Diazoréaction accusée, réaction de M.-W. faible. Mort au bout de quelques semaines.

3 mai. D. 34 ans. Voix éteinte depuis huit jours, légère dysphagie, hémilarynx droit immobilisé par l'infiltration aryténoïdienne ; était envoyé avec le diagnostic de laryngite chez un bronchitique (tuberculose fibreuse). Diazoréaction et réaction de M.-W. négatives.

15 mai. B. Jeanne, 35 ans. Aphonie, dysphagie, corde et bande gauches ulcérées, gros aryténoïdes avec ulcération antérieure et immobilisation relative limitant les mouvements du larynx. Diazoréaction positive, réaction de M.-W. faible.

Ch. Amélie, 21 ans, pâleur, légère dysphonie, pas de dysphagie, infiltration de la corde gauche et ulcération de l'apophyse vocale. Malade traitée par le pneumothorax artificiel. Diazoréaction faible, réaction de M.-W. négative.

Réexaminée fin juillet : forte infiltration de la commissure postérieure, qui présente un gros bourgeon, rougeur et infiltration de la corde vocale gauche. Mêmes réactions urinaires que le 15 mai.

M<sup>lle</sup> C..., 21 ans, aphonie, pas de dysphagie, commissure postérieure végétante, ulcération sur la face supérieure des deux cordes vocales. Diazoréaction et réaction de M.-W. négatives.

D..., 30 ans, trieuse de chiffons, forme vocale diffuse. Diazoréaction positive. Réaction de M.-W. négative.

F..., 43 ans. Aphonie, dysphagie. Infiltration de la bande droite, cachant la corde correspondante, corde vocale gauche rouge, non infiltrée ; infiltration des deux aryténoïdes. Diazoréaction faiblement positive. Réaction de M.-W. négative.

22 mai. — B..., Claudia, 35 ans. Lésions superficielles de la corde vocale gauche, infiltration de la commissure postérieure, quelques

râles au sommet gauche. Diazoréaction faible, mais nette, réaction de M.-W. négative.

24 mai. — Jeanne L..., Début apparent de la tuberculose il y a cinq ans. Râles au sommet droit, cavernule, infiltration de la commissure postérieure à gauche, cordes vocales saines. Diazoréaction très faible, réaction de M.-W. négative.

30 mai. — D..., 24 ans. Ulcération de la bande ventriculaire gauche. Lésion du sommet gauche, pas de fièvre, pas de bacilles dans l'expectoration. Diazoréaction faiblement positive. Réaction de M.-W. négative.

G..., 28 ans. Tuberculose pulmonaire bilatérale. Rougeur et légère infiltration des cordes vocales. Diazoréaction accusée, réaction de M.-W. positive.

Anne G..., Sténose laryngée d'origine spécifique. Réactions d'E. et de M.-W. négatives.

D..., 31 ans, dysphonie depuis quinze jours, cordes vocales rouges. Tuberculose floride. Diazoréaction faible. Réaction de M.-W. négative.

5 juin. — Ch..., 49 ans. Troubles vocaux depuis un mois, très légère ulcération des cordes vocales. Bacillose fibreuse avec expectoration bacillifère, spina ventosa, pyurie. Diazoréaction faible. Réaction de M.-W. négative.

12 juin. — M..., 60 ans. Vient d'un service de phtisiques. Epaissement de la glotte intercartilagineuse. Réactions d'E. et de M.-W. négatives.

14 juin. — Mad. B. P..., 49 ans. Ulcération sur fond infiltré de la bande ventriculaire gauche. Aucun signe d'auscultation. Pas de troubles de l'état général, pas d'expectoration bacillifère. Réactions d'E. et de M.-W. négatives.

19 juin. — M..., 60 ans, touse depuis vingtans, début des troubles vocaux il y a trois mois, aphonie actuellement avec dysphagie récente. Ulcération de l'hémilarynx gauche, d'aspect néoplasique. Réactions d'E. et de M.-W. négatives. Une biopsie pratiquée trois jours après a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma. La laryngectomie était décidée, lorsque le 6 juillet au matin le malade a accusé un point de côté, il est sorti néanmoins sur le quai et sa température du soir n'excédait pas 38,3. A 9 heures du soir il est tombé brusquement dans le coma et a succombé dix heures après. L'autopsie a montré un œdème aigu du poumon, et une ulcération laryngée sur fond néoplasique.

21 juin. — J..., 41 ans. Hémoptysie il y a 15 jours, bronchite et



dysphonie depuis deux mois, pas d'amaigrissement. Corde vocale gauche rouge et dédoublée. Réactions d'E. et de M.-W. négatives.

26 juin. — C..., 20 ans, dévideuse. Forte infiltration de la bande et de la corde gauches, quelques râles au sommet droit. Réactions d'E. et de M.-W. négatives.

3 juillet. — Mad. C..., 29 ans. Lésion pulmonaire unilatérale. Ulcération superficielle d'une corde vocale, rougeur de l'autre. Diazoréaction faible, mais nette. Réaction de M.-W. nette.

5 juillet. — Mad. A..., 56 ans. Infiltration et ulcération des deux aryténoïdes, ulcérations sous-glottiques. Réactions d'E. et de M.-W. nettes.

19 juillet. — Mad. L..., 32 ans. Infiltration et ulcération diffuses, dysphagie, pâleur du voile. Diazoréaction fortement positive. Réaction de M.-W. négative.

T..., 28 ans. Infiltration des aryténoïdes et ulcérations glottiques. Lésion du sommet gauche. Tuberculose floride. Diazoréaction fortement positive (écume couleur cerise). Réaction de M.-W. positive.

S..., 64 ans. Corde vocale gauche immobile et infiltrée, corde droite légèrement ulcérée, dyspnée intense, nocturne surtout, tirage et cornage. Diazoréaction fortement positive (écume cerise). Réaction de M.-W. négative.

26 juillet. — J., Paul, 32 ans. Enroué depuis deux ans. Eruption miliaire généralisée du voile du palais. Moitié droite du larynx ulcérée, infiltration de l'aryténoïde gauche. Dysphagie intense. Diazoréaction faible. Réaction de M.-W. négative.

G..., Angèle, 29 ans. Ulcération superficielle des bandes ventriculaires et des cordes vocales, grosse infiltration de l'aryténoïde gauche. Diazoréaction très positive. Réaction de M.-W. faible.

En ce qui concerne la diazoréaction, on voit par les résumés ci-dessus que les cas positifs sont les plus nombreux (19 sur 27), et cela n'est pas pour surprendre : la tuberculose laryngée n'est pas une tuberculose locale ; c'est — avec la tuberculose intestinale —, la plus fréquente parmi les graves complications de la tuberculose pulmonaire. Mais l'intensité de la réaction n'est nullement proportionnelle à l'intensité des lésions laryngées, ce qui n'est pas étonnant non plus, puisque la réaction dépend d'une altération de l'état général : elle est plutôt en rapport avec l'intensité des lésions pulmonaires et à ce point de vue peut fournir une indication pronostique ; elle serait due à l'urochrome, ou à un

produit dérivé de l'allantoïne, elle-même provenant de la destruction considérable des cellules et des globules blancs chez le tuberculeux fébricitant et cachectique. Quoi qu'il en soit de ces interprétations pathogéniques, la diazoréaction est généralement considérée comme symptomatique des tuberculoses graves, à tel point que la survie ne dépasse guère six mois, alors même que les lésions pulmonaires paraissent peu étendues (Michaelis) ; la réaction peut disparaître en même temps que les symptômes s'améliorent, mais la rechûte serait fatale : le même auteur a exprimé l'opinion que ces malades devraient être exclus des sanatoria, car leur cure est illusoire. D'après une autre statistique (Pelnar) à 49 diazoréactions positives correspondaient 36 morts, 6 aggravations, et 7 phtisies stationnaires ; à 57 diazoréactions négatives, 7 morts seulement. Dans la laryngite tuberculeuse, sa fréquence, telle qu'elle ressort de ma statistique sommaire, montre donc bien, — si la chose avait encore besoin d'être démontrée, — que la tuberculose laryngée est une tuberculose d'une gravité particulière, même dans les cas où les lésions sont discrètes en apparence, et mérite d'être opposée, dans son étiologie, dans sa pathogénie comme dans son pronostic, aux tuberculoses locales, avec lesquelles elle n'a rien de commun. Dans les cinq cas où existait de la dysphagie la diazoréaction a été toujours positive.

Les conclusions thérapeutiques à en tirer sont analogues : le traitement général prime tout ; sans négliger certes le traitement local, il faut le limiter à l'héliothérapie et aux applications d'acide lactique dans les lésions superficielles, à la galvanocaustie dans les lésions plus profondes ; il ne faut pas trop s'illusionner sur les résultats d'un traitement chirurgical intensif ; les autopsies montrent que l'exérèse totale des lésions ne serait qu'exceptionnellement réalisable, l'expérience démontre qu'elle est presque toujours incomplète et suivie de réinoculation : fût-elle complète, l'altération de l'état général demeure. Si on a cependant des raisons de tenter cette exérèse, il est prudent de s'entourer de garanties, de rechercher les contre-indications qui peuvent résulter de l'état fébrile, de l'extension des lésions pulmonaires etc., et peut-être dans le même ordre d'idées serait-il sage de rechercher préalablement la diazoréaction et d'éliminer les cas où on la constate.

Au point de vue du diagnostic je crois la diazoréaction appelée à rendre quelques services : puisqu'elle n'existe guère que dans la tuberculose, la fièvre typhoïde et quelques maladies infec-

tieuses aiguës, sa constatation dans une affection laryngée ulcéreuse a une grande valeur ; si elle existe, le diagnostic de laryngite tuberculeuse s'impose ; par contre son absence demande à être interprétée. Quatre cas négatifs se répartissent ainsi :

Un cas de tuberculose pulmonaire et laryngée bien affirmée, mais limitée ; deux cas de tuberculose récente dont un avec lésions laryngées superficielles et l'autre avec un très bon état général ; un cas de bronchite ancienne (tuberculose fibreuse) avec lésions laryngées nettement tuberculeuses.

De ces quatre cas négatifs il faut rapprocher quatre autres malades envoyés à la consultation comme tuberculeux laryngés, mais dont le diagnostic a été rectifié : une sténose laryngée syphilitique, une lésion ulcéreuse limitée de l'hémilarynx gauche sans signes d'auscultation et sans expectoration bacillifère, un néoplasme du larynx avec bronchite chronique, un cas de bronchite tuberculeuse ancienne avec lésions laryngées simplement suspectes.

L'absence de diazoréaction, ainsi qu'on le voit par les quatre premiers cas, n'exclut donc pas le diagnostic de tuberculose laryngée, puisqu'elle manque chez des malades où celle-ci est absolument authentique, bien que légère le plus souvent : il faut s'attendre, non forcément, à la voir manquer dans des formes peu avancées, comme d'ailleurs dans des tuberculoses pulmonaires à la même période : ce n'est donc pas un signe de début ; mais cette absence impose un redoublement d'attention et il faut immédiatement se demander si la syphilis ou le cancer ne sont pas en cause, ou s'il ne s'agit pas simplement d'une vieille bronchite avec laryngite chronique banale, simulant une tuberculose torpide. Par contre sa présence pourra être très significative dans les tuberculoses laryngées séniles sténosantes, qui ne sont nullement une rareté et qu'il est parfois fort difficile de rapporter à leur véritable cause, en raison de la latence ou du caractère fibreux des lésions pulmonaires qu'elles compliquent.

La réaction de M.-W. m'a paru moins sensible que la diazoréaction, elle était positive dans neuf cas, négative dans dix-huit. Quand elle existe, la réaction d'E. existe également, le plus souvent très prononcée ; elle manque dans des cas où la diazoréaction est faible et même, plus rarement, dans des cas où elle est nette. Voici le résumé des neuf cas où elle a été positive : deux cas de lésions laryngées légères avec tuberculose pulmonaire avancée et diazoréaction très accusée, quatre cas de tuberculose laryngée, infiltro-ulcéreuse, étendue, avec diazo-

réaction très accusée, un cas de lésions laryngées diffuses avec état général floride et diazoréaction très accusée, un cas de lésions laryngées légères avec tuberculose pulmonaire avancée et diazoréaction faible, un cas de lésions laryngées diffuses avancées avec diazoréaction nette.

Parmi les cas où la réaction de M.-W. a été absente, la réaction d'E. demeurant cependant positive, on relève des cas légers et des cas à ulcérations étendues ou même rapidement progressives. Sur cinq cas accompagnés de dysphagie, symptôme dont la signification pronostique est bien connue, trois seulement s'accompagnaient d'une réaction de M.-W. positive, alors que tous les cinq avaient une diazoréaction positive, très intense même pour trois d'entre eux. Enfin sur deux cas de tuberculose avec lésions miliaries du larynx, l'un avait une diazoréaction accusée avec faible réaction de M.-W., l'autre, malgré la participation du voile, avait une diazoréaction faible et une réaction de M.-W. négative.

---



# LE PROBLÈME DU GOITRE ET LA NOTION DES « FOCAL INFECTIONS » (1)

par le **D<sup>r</sup> Amédée PUGNAT**

Professeur d'oto-laryngologie à l'Université de Genève.

---

Le corps thyroïde, organe sur lequel chirurgiens généraux et spécialistes, ont des droits égaux, mérite de notre part une attention nouvelle, les problèmes que soulèvent certains points de sa pathologie, ressortissant à l'oto-laryngologie; il n'est pas jusqu'à la question du goitre endémique, qui ne doive nous intéresser, bien qu'elle appartienne plutôt à la médecine; c'est pourquoi le sujet de cette leçon est dans l'esprit d'un cours destiné à de futurs médecins et à de jeunes auristes. Vous me permettez donc, Messieurs, de vous rappeler succinctement les théories émises sur l'étiologie du goitre endémique : à celles qui lui attribuaient des causes physiques, nature du sol, radio-activité des eaux, ont rapidement fait place les théories qui reconnaissent au goitre une origine infectieuse, mais qui ne s'accordent pas entre elles, ni sur le mode de pénétration de l'agent infectieux, ni sur le rôle de l'eau potable. Suivant les uns, l'eau constituerait le seul mode de transmission du goitre. Or cette opinion est contredite par les recherches expérimentales de deux auteurs suisses, *Hirschfeld et Rluger*, qui ont démontré que les rats prenaient le goitre, qu'ils fussent abreuvés avec de l'eau distillée ou avec de l'eau du pays contaminé; qu'au contraire les rats qui recevaient de l'eau goitrigène en des régions indemnes de goitre, ne présentaient aucune hypertrophie thyroïdienne. Ces constatations, bien que confirmées par plusieurs auteurs, ne sauraient néanmoins renverser la théorie adverse, qui s'appuie elle aussi sur des faits démonstratifs :

*Carrison* a provoqué l'apparition d'un goitre sur lui-même et chez plusieurs personnes par l'usage d'eau souillée. On a obtenu

d'autre part la diminution ou la disparition du goitre dans des localités contaminées, par le seul changement de captage ou de la canalisation d'eau potable. On ne saurait donc nier que l'eau souillée ne soit l'un des agents de transmission du goitre, mais il est probable qu'il n'est pas le seul ; c'est du reste l'avis de *Rutschem*, qui admet que le goitre est transmis soit par l'eau, soit par contact, grâce à un hôte intermédiaire encore inconnu.

Sur la nature de l'agent infectieux, les divergences sont tout aussi grandes : *Galli-Valérie*, de Lausanne, a observé qu'une bactérie de l'eau, le *Bacillus pseudo-pestis murium*, se localisait volontiers à la thyroïde qu'il tuméfiait. Suivant d'autres c'est une forme thypique du *B. coli* qu'il faut incriminer ; de son côté, *Chagas* a prouvé que la maladie qu'il a découverte et dont le goitre est un symptôme constant était provoquée par un trypanosome, qu'inocule un hémiptère par sa piqure. En somme, vous constatez notre ignorance de la nature de l'agent infectieux, ignorance qui provient peut-être de l'absence probable d'un agent spécifique du goitre ; il semble du reste que les hypertrophies thyroïdiennes sont dues plutôt à l'action de produits toxiques qu'à celle de parasites microbiens ou autres. Je vous citerai quelques-uns des faits, sur lesquels s'appuie cette conception :

1° Des substances chimiques définies, mêlées à la nourriture, déterminent la formation de goitres ; *Mc Carrison* l'a constaté chez des pigeons, qui absorbaient de l'acide oléique ; chez le rat, *Goldemberg* a obtenu, au moyen de fluorure de sodium, des hypertrophies thyroïdiennes, parenchymateuses ou colloïdes, quintuples du volume normal de la glande ;

2° *Mc Carrison* en administrant des toxines bactériennes par la voie buccale, a constamment trouvé des modifications réactionnelles de la thyroïde, qui variaient suivant le degré de virulence et la dose d'une part, suivant la nourriture d'autre part ;

3° *Gaylovd et Plenh* ont démontré, par leurs recherches bien connues sur les épidémies de goitre chez les saumons d'élevage, que dans une série d'étangs traversés par un même cours d'eau, le pourcentage des cas de goitre, nul dans le premier, était de 3 % dans le deuxième, de 8 % dans le troisième, de 45 % dans le quatrième, et atteignait le chiffre de 84 % dans le cinquième et dernier ; la proportion des cas de goitre étant en raison directe de la teneur de l'eau en produits organiques. Or les substances toxiques qui pénètrent dans la circulation provenant le plus souvent du tube digestif, grâce aux fermentations et aux putréfactions, on a été conduit à en rechercher l'origine dans le tractus

gastro-intestinal. De là est née la thèse soutenue par *Mc Carrison*, puis par *Messerli*, de Lausanne et par les médecins américains, suivant laquelle le goitre en général et le goitre exophtalmique en particulier étaient dûs à une auto-intoxication intestinale. Tout récemment, un auteur anglais, *Harries*, a apporté des précisions intéressantes sur la nature des substances chimiques qui, élaborées par l'intestin, ont une répercussion sur le corps thyroïde. La flore intestinale normale est représentée par des bactéries, dont les unes sont les agents de la putréfaction, tandis que les autres prennent part aux fermentations. Or les protéines alimentaires sont décomposées, comme vous le savez, en acides aminés, parmi lesquels le tryptophan joue un rôle de premier plan : une partie fuse dans le sang et est utilisée par la thyroïde ; l'autre est décomposée par les bactéries de la putréfaction en indol qui, à son tour, est éliminé par le rein à l'état d'indican. Les recherches de *Rendall* ont prouvé d'autre part que la tyroxine, le principe actif de la sécrétion de la glande thyroïde était un dérivé isolé du tryptophan ; *Harries* a constaté régulièrement, dans tous les cas de goitre exophtalmique, que les bactéries de la putréfaction faisaient défaut dans l'intestin et que l'urine ne renfermait aucune trace d'indican. Dans ces conditions, le tryptophan échappant à la décomposition qu'il subit normalement dans l'intestin, passe entièrement dans la circulation, parvient à la thyroïde, où il sert en totalité à produire de la tyroxine en excès. Dans le goitre parenchymateux au contraire, les bactéries de la putréfaction prédominent et l'urine contient une quantité d'indican, supérieure à la normale ; l'apport du tryptophan s'en trouvant diminué, le corps thyroïde s'hypertrophie pour pouvoir sécréter la tyroxine en quantité suffisante.

Il arrive même que cette quantité soit supérieure à la normale et qu'elle dépasse les besoins normaux de l'organisme ; des recherches toutes récentes entreprises par *Hawr* et *Burnorcki*, sous l'inspiration du professeur de *Quervain*, ont en effet démontré que, même en cas de goitres simples, colloïdes diffus ou nodulaires, et de goitres parenchymateux, il existait une hypersécrétion révélée par l'épreuve biologique d'*Asher*.

A tous ces faits qui tendent à démontrer l'origine toxi-infectieuse des goitres, s'en ajoutent d'autres, qui intéressent notre spécialité : en 1919, *Sælling*, sur 97 cas de maladie de Basedow, en a relevé 60, dus à une infection pharyngée ou naso-pharyngée. A ce propos, il convient de rappeler que l'existence de rapports entre la naso-pharyngite et le goitre simple a été constatée pour

la première fois par des médecins français : par *Rullier* en 1817 déjà, puis par *Hamon du Fougerey* qui, en 1901, attribua au goitre une origine naso-phyngée. « Tout goitreux a été primitivement atteint de naso-pharyngite », écrivait-il ; mais c'est par une action d'ordre mécanique et par l'intermédiaire de la circulation que la naso-pharyngite agirait sur le corps thyroïde : « Le goitre, au début, n'est que la résultante d'une différence de pression entre les circulations veineuses du pharynx et de la glande thyroïde. » Actuellement, on admet que seules agissent les substances toxi-infectieuses sur la production du goitre. J'ai moi-même recherché en ces dernières années la coexistence fréquente du catarrhe naso-pharyngien et du goitre simple et je l'ai rencontrée fort souvent ; ces deux affections sont-elles indépendantes l'une de l'autre ou un lien de causalité les unit-elles ? Je suis persuadé que leur présence simultanée n'est pas fortuite, pour cette raison que rares sont les cas de naso-pharyngite chronique, où l'on ne constate par une hypertrophie plus ou moins marquée du corps thyroïde, parce qu'aussi j'ai remarqué que le goitre succédait parfois immédiatement à une naso-pharyngite, comme l'indiquent les deux observations suivantes :

M<sup>lle</sup> T..., 25 ans, constate pour la première fois au printemps de 1920 tous les signes d'une naso-pharyngite ; en juin de la même année, elle observe que le volume de son cou augmente notablement ; l'examen de cette malade, en mars 1921, permet de reconnaître une naso-pharyngite et un goitre, de la grosseur d'une mandarine, situé sur la ligne médiane.

M<sup>me</sup> D..., 30 ans, qui n'a jamais éprouvé de trouble quelconque du côté des fosses nasales ou de la gorge, s'inquiète d'être obligée depuis trois semaines de renâcler et d'expulser à tout instant des mucosités visqueuses ; brusquement, il y a cinq jours, apparût une grosseur du corps thyroïde, qui l'effraya fort, car, dans son pays, en Russie, le goitre est, pour ainsi dire inconnu. Or on note chez elle, un catarrhe du cavum et un nodule thyroïdien hypertrophié du lobe droit, de la grosseur d'une noix.

Si nous mettons à part les cas où un naso-pharynx s'infecte et reste infecté chez un individu porteur d'un goitre ancien, il reste un important contingent de cas, où l'apparition à peu de distance des deux affections, la naso-pharyngite précédant l'hypertrophie thyroïdienne, semble démontrer qu'ils ne sont pas indépendants l'un de l'autre ; et cependant on peut se demander



s'ils ne représentent par les effets simultanés d'une même cause ? J'ai été souvent frappé en effet de constater que des malades, atteints de naso-pharyngite, souffraient en même temps de troubles gastro-intestinaux, plus ou moins frustrés, dont la guérison entraînait celle du catarrhe naso-pharyngien. Il semble qu'en pareil cas, ce dernier soit l'expression pharyngée de troubles qui affectent le tractus gastro-intestinal tout entier. Si cette interprétation est exacte, goitre et naso-pharyngite reconnaîtraient une même cause et cette cause résiderait dans les voies digestives. Nous voici donc ramenés par un détour imprévu à la théorie gastro-intestinale, que nous avons énoncée tout à l'heure. Si, au contraire, cette manière de voir ne répond pas à la réalité des faits, le catarrhe du cavum agirait directement sur le corps thyroïde par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, comme l'admet Scølling. Cette pathogénie fait intervenir la notion des « focal infections », que je vous ai signalée à plusieurs reprises, pour vous en démontrer la valeur et aussi pour vous mettre en garde contre l'abus qu'on en fait aujourd'hui. Trop souvent, elle n'est que l'explication commode de faits pathologiques, à étiologie obscure ; aussi risque-t-elle de s'attirer un discrédit qu'il convient d'éviter, en raison même de sa réelle importance. En fait les foyers infectieux, même minimes, ont un retentissement considérable sur le fonctionnement de la thyroïde, et ils se trouveraient parfois à l'origine des états d'hyperthyroïdisme et de la maladie de Basedow. C'est ainsi qu'en 1916, *Evans, Middleton et Smith* ont constaté sur 362 personnes, atteintes de goitre plus ou moins basedovifié, des lésions amygdaliennes dans une proportion de 22 %, et des lésions amygdaliennes et nasales 90 fois sur 100. *Crouse*, en 1919, a obtenu la guérison de 5 cas de Basedow, en procédant à l'ablation d'amygdales infectées. Semblables sont les résultats que *Bogges*, la même année, a enregistrés chez trois malades atteints de Basedow ; en 1920, *Bomber* a publié une observation fort intéressante d'hyperthyroïdisme et d'urticaire, qui duraient depuis huit ans chez une jeune fille de vingt ans, et qui guérissent complètement après la suppression d'amygdales infectées. Il est probable que des infections localisées en d'autres points peuvent exercer la même influence et il est indiqué de les rechercher du côté des sinus accessoires de la face. Tous ces faits prêtent un nouvel appui à la théorie toxi-infectieuse du goitre. Si, comme d'aucuns l'admettent, l'une des fonctions de la glande thyroïde consiste à neutraliser les substances nocives du métabolisme normal, le passage répété dans le sang des subs-

tances toxiques, qui proviennent des foyers infectieux, entraînent une suractivité de la glande et provoquera une hypersécrétion qui est l'une des caractéristiques de la maladie de Basedow. Quoi qu'il en soit, il suffit que quelques malades aient été guéris de cette affection par l'enlèvement d'amygdales infectées, pour que vous soyez tenus de songer à cette étiologie, encore peu connue. Ces constatations cliniques m'autorisent en tout cas à formuler les règles suivantes :

1° Toute naso-pharyngite exige d'être soignée, autant pour éviter son retentissement sur les organes voisins, caisse du tympan et voies respiratoires inférieures, que pour prévenir l'apparition éventuelle d'un goître, particulièrement dans les régions où sévit l'endémie goitreuse.

2° En présence d'une maladie de Basedow, il est indiqué de procéder à la recherche des foyers infectieux, en vue de leur suppression, avant d'entreprendre un traitement médical quelconque, à plus forte raison avant l'intervention chirurgicale ; la recherche devra porter sur les amygdales, les fosses nasales et les sinus.

De ces deux règles, l'avenir seul en fixera la valeur et nous en dira la portée. J'ai tenu néanmoins à vous exposer les faits qui m'ont amené à les formuler, en raison de leur intérêt et parce que rien n'est aussi captivant que d'assister à l'édification d'une théorie. Certes, les théories passent, mais de les avoir vu naître et de savoir un jour pourquoi elles meurent, vous apprend comment la science s'élabore. A côté des vérités bien établies, statiques si je puis dire, il en est de provisoires qui, encore en évolution et sans formes précises, laissent deviner néanmoins les lignes définitives que le temps en fera jaillir. Il est nécessaire de vous mettre parfois en leur présence ; ce fut l'un des buts de cette leçon et j'espère l'avoir atteint.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ASHER. — Die physiologischen Wirkungen der Schilddrüsensekretes und methoden zu ihrem Nachweis. (*Deut. med. Wochen.*, n° 34, 1916).
2. BARBER. — A case of urticaria of eight years duration associated with hyperthyroidism (*Gaz. Hosp.*, 1920).
3. BRANOVACKY. — Der physiologische Wert der verschiedenen Kropfarten unter gleichzeitiger Berücksichtigung der biologischen Experiments u. der Iodgehalte (*Thèse de Berne*, 1923).
4. BENOÎT. — Le corps thyroïde, le goître simple, le goître toxique (Rapport présenté au 7<sup>e</sup> Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Montreal, 1922).



UN CAS D'HÉMATOME DU CERVELET  
COMMUNIQUEMENT AVEC LE SINUS SIGMOÏDE  
IMPORTANCE DIAGNOSTIQUE  
DE LA PARALYSIE FACIALE  
DANS LES LÉSIONS CÉRÉBELLEUSES (1)

Par le professeur **CITELLI** (Catane).

---

Je crois utile de publier le cas clinique suivant, vraisemblablement unique dans la littérature. Il ne peut s'expliquer qu'en admettant la formation intradurale, au niveau de la face externe du lobe cérébelleux droit, d'un vaste hématome communiquant avec le sinus sigmoïde. Comprimant fortement le cervelet, cet hématome avait provoqué différents symptômes importants d'abcès cérébelleux, dont la paralysie faciale correspondante.

En voici brièvement l'histoire :

Jeune homme de 17 ans. Suppuration tympanique droite depuis de longues années. A la suite d'une grippe, le malade accuse de violentes douleurs dans l'oreille malade et dans l'hémicrâne correspondant; fièvre peu élevée, état général mauvais. Au premier examen je trouve un jeune homme de taille moyenne, maigre, pâle et souffrant. Température 38°5. Ouïe bonne. La pression provoque des douleurs assez marquées dans toute la mastoïde droite. Le conduit est plein de pus fétide, bien que des lavages soient pratiqués avec de l'eau boriquée, trois fois par jour.

Le pus expulsé, et le conduit bien asséché on constate une chute discrète de la paroi postéro-supérieure de la partie profonde du conduit osseux, avec destruction presque complète du tympan, sans traces visibles du marteau. Granulations dans la caisse se prolongeant en haut et en arrière vers l'additus, d'où vient un peu de pus fétide. Pas de nystagmus spontané. Le nystagmus provoqué est normal. La voix chuchotée n'est entendue que très rapprochée.

Je diagnostique une suppuration tympanique avec mastoïdite chro-

1. Communication faite au XIX<sup>e</sup> Congrès italien d'Oto-Rhino-Laryngologie, le 3 octobre 1922.



nique réchauffée, et conseille la cure radicale urgente. La famille accepte et le 22 novembre 1921, j'interviens.

Je trouve toute la mastoïde envahie par un processus ostéitique infectieux, pour lequel je fais une véritable mastoïdectomie. En outre, en arrière de la pointe, je curette environ 1 cm. 5 de squame occipitale également malade. On découvre ainsi une bonne partie de la portion inférieure du sinus sigmoïde que je n'incise point et n'explore pas, à cause de son aspect normal.

Jusqu'au 28<sup>e</sup> jour post-opératoire, tout est parfait. Le malade se lève six jours après l'intervention, la brèche radicale a bon aspect et l'état général s'améliore. Mais brusquement, à la suite d'un froid et de fatigue, les choses changent de tournure. La sécrétion de la brèche opératoire augmente, le lambeau cutané supérieur de la plastique du conduit (méthode de l'auteur), s'œdématie, s'abaisse et recouvre en partie l'additus et l'antre. Le nystagmus horizontal apparaît, dirigé aussi bien vers le côté opposé que du même côté; il est accentué par l'épreuve calorique. Troubles de l'équilibre. Voix aphone à peine perçue.

Après vingt-quatre jours de soins, la tuméfaction du lambeau supérieur de la plastique diminue et la brèche opératoire va mieux. Cependant les troubles de l'équilibre et le nystagmus horizontal persistent.

En outre l'état général faiblit d'une façon impressionnante. Insomnie et légères douleurs dans la moitié correspondante de la tête. Nous surveillons le malade attentivement, bien décidés à intervenir dès l'éclaircissement des symptômes quand vers la fin de janvier 1922, apparaît une parésie du nerf facial correspondant, qui deux jours après se transforme en paralysie complète. En outre l'agitation s'accuse et les douleurs se localisent au front et surtout à la région occipitale droite, où la pression et la percussion les exagère. Le nystagmus persiste avec les mêmes caractères, la dépression générale s'accroît. A la station debout, yeux fermés, on constate des oscillations du tronc avec tendance à la chute, mais dans une direction incertaine, direction d'ailleurs non influencée par le déplacement de la tête. La déviation de l'index existe du côté droit. Pas de fièvre. Fonds d'œil peu modifiés : légère congestion papillaire à gauche.

Me basant sur la direction du nystagmus (vers le côté malade et vers le côté sain) sur la tendance à tomber avec direction incertaine, non influencée par les déplacements de la tête, sur la localisation de la douleur, sur l'épreuve de l'index, sur l'affaiblissement général et sur la paralysie faciale, que j'ai vu fréquemment apparaître dans les collections cérébelleuses de vieille date, tenant compte d'autre part de l'intégrité labyrinthique, je diagnostique un abcès cérébelleux droit. J'interviens le 9 février 1922 sur le lobe droit du cervelet, que je découvre largement après avoir réséqué la squame occipitale. La dure-mère de la face externe du lobe cérébelleux est mise à nu au-dessous du sinus latéral et en arrière du sinus sigmoïde, également découverts. Je ne rencontre pas de pulsation cérébelleuse, mais la dure-mère, lisse, présente une coloration blanc bleuâtre comme s'il s'agissait du sinus. Je pratique néanmoins l'incision, en arrière du sinus sigmoïde et sous le sinus latéral. Aussitôt jaillit un flot de sang veineux, très abondant et tourbillonnant, comme si j'avais incisé le sinus. Je pense alors à

un hématome récent intradural, probablement en communication avec le sinus sigmoïde, je tamponne toute la dure-mère découverte, surtout au niveau de l'incision et j'arrête l'opération.

Celle-ci, à peine terminée, alors que le malade est encore sous l'influence de la narcose, nous constatons avec étonnement qu'il ferme presque complètement l'œil droit, qui avant d'opérer restait largement ouvert. Quelques heures après, la paralysie faciale est presque disparue et l'est totalement deux jours après.

D'autre part les douleurs occipitale et frontale, ainsi que les autres symptômes s'amendent rapidement, et une semaine après l'état général est très amélioré. Il ne persiste qu'un peu de nystagmus, pendant cinquante jours. La malade se lève quinze jours après l'intervention et vient tout seul à la salle de pansement. La guérison complète survient deux mois après la dernière opération.

Donc, en récapitulant, vingt-huit jours après la cure radicale (au cours de laquelle je trouvai lésée toute la mastoïde, et une légère partie de l'occipital correspondant au segment inférieur du sinus sigmoïde, également découvert) tandis que tout va bien, on constate brusquement un aspect mauvais de la brèche opératoire, et l'apparition de symptômes cérébelleux — ceci après fatigue et refroidissement ; vingt-quatre jours après la plaie s'améliore ; mais les symptômes cérébelleux s'accroissent et il en survient un autre, que je tiens pour très important lorsqu'il est précédé du syndrome classique, la paralysie faciale. On intervient sur le cervelet et l'on trouve un vaste hématome communiquant avec le sinus sigmoïde ; en effet, à peine la dure-mère incisée, hémorragie veineuse abondante. On tamponne fortement la méninge découverte et brusquement la paralysie du facial devient parésie, puis disparaît deux jours après. La compression exercée par le tamponnement sur la surface de l'hématome et sur le sinus sigmoïde, a empêché celui-là de se reformer. Ainsi est obtenue rapidement la guérison de la lésion cérébelleuse.

Je crois que c'est le premier cas publié. On y trouve les principaux symptômes cérébelleux, à cause de la pression progressive du sang, analogue à l'action d'une collection progressive du pus : compression sur le cortex du cervelet, et aussi sur les organes voisins, en particulier sur le nerf facial, au niveau du trou auditif interne. Il était par conséquent logique de diagnostiquer un abcès cérébelleux. Comment expliquer cet hématome communicant ? Je crois que devait préexister, soit congénitalement, soit à la suite d'une infection de l'écaille occipitale, soit à la suite de traumatisme opératoire de la première intervention (peut-être aussi pour plusieurs de ces causes réunies) une moindre

résistance de la paroi postérieure du dernier segment du sinus sigmoïde. A ce niveau, sous l'influence de la recrudescence de l'infection et de la fatigue physique du 20 décembre, s'est vraisemblablement produit une communication entre le sinus sigmoïde et l'espace intradural de la face externe de l'hémisphère cérébelleux. L'hématome a augmenté rapidement de volume, provoquant indirectement en dernier lieu une compression du nerf facial. Ceci me paraît être la pathogénie la plus logique.

Dorénavant, nous devons donc tenir compte des hématomes intraduraux et extra duraux (cérébelleux et cérébraux), qui donnent un syndrome analogue à celui des abcès. On peut d'ailleurs faire le diagnostic au moment de la découverte de la région malade.

Ce cas me donne l'occasion d'attirer l'attention sur un symptôme que je tiens pour très important lorsqu'il apparaît à la suite de phénomènes cérébelleux chez un otitique. Je veux parler de la parésie ou de la paralysie du facial, comprimé au niveau du trou auditif interne par la collection ou l'hématome cérébelleux. La paralysie faciale n'est point rare il est vrai dans les otites moyennes purulentes, simples ou compliquées. Dans ce cas le facial est lésé au niveau de son segment moyen, plus précisément lorsqu'il longe obliquement la paroi labyrinthique de la caisse.

Si après une cure radicale, apparaissent tout d'abord des symptômes cérébelleux et ensuite la paralysie faciale, celle-ci constitue à mon avis, un signe de premier ordre, surtout si l'on peut exclure presque sûrement une lésion labyrinthique. Lorsque la labyrinthite coexiste, la paralysie faciale tardive est la plupart du temps, provoquée par l'abcès cérébelleux et non par le labyrinthe malade.

Sur 4 cas, en effet, de lésions cérébelleuses que j'ai pu observer jusqu'ici, 3 abcès et 1 hématome, j'ai rencontré trois fois la paralysie du facial apparue toujours après la radicale, les troubles de l'équilibre, et le nystagmus. Ce signe est par conséquent important, et je m'étonne que la plupart des auteurs, notamment Schmiegelow (X<sup>e</sup> Congrès international d'Otologie, Paris, 1912) et Lemaître (*Archives internationales d'O.-R.-L.*, mai 1922) le passent sous silence ou en parlent à peine.

Traduit par LAPOUGE (Nice).

---

# LA POLYPOSE NASALE DÉFORMANTE ET RÉCIDIVANTE DES JEUNES

**Georges CANUYT**

ET

**Jean TERRACOL**

Chargé de cours et Directeur  
de la Clinique oto-rhino-laryngologique  
de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Chef de clinique  
oto-rhino-laryngologique

*(Mémoire reçu le 23 octobre 1923.)*

---

La polypose nasale est une affection banale. Nous la rencontrons journellement dans les consultations d'hôpital ; tous les praticiens la connaissent et la diagnostiquent ; dans l'esprit du public lui-même, toute obstruction nasale est occasionnée par des polypes. La bibliographie est considérable et il peut sembler que la question soit complètement épuisée. Néanmoins l'étiologie ne peut être exactement définie dans tous les cas et il nous paraît que certaines variétés cliniques n'ont pas encore été suffisamment décrites. Les traités classiques, notamment, ne mentionnent point un type de polypose nasale, particulier au jeune âge, qui récidive malgré de multiples interventions et provoque des déformations importantes de la pyramide osseuse nasale.

Nous avons eu l'occasion à diverses reprises d'observer plusieurs malades atteints de semblable polypose et il nous a paru intéressant pour servir de préambule à cet article de détacher de nos documents l'histoire d'un patient particulièrement typique et complète en raison des examens minutieux auxquels il a été soumis.

## OBSERVATION

H... Paul, âgé de 23 ans, vient à la consultation le 24 février 1923 se plaignant d'obstruction nasale.

Les parents sont bien portants, il a trois frères en bonne santé et fut personnellement atteint de pleurésie, il a été alité en 1910 durant trois mois ; après quinze jours de service il a été réformé pour cardiopathie.

L'histoire de la maladie est la suivante : il s'est présenté à la cli-



nique oto-rhino-laryngologique le 1<sup>er</sup> janvier 1919 accusant des symptômes d'obstruction nasale marquée. On diagnostique des polypes et on procède à leur ablation en novembre 1919; la gêne respiratoire réapparaît. Après un examen attentif, un médecin pratiqua l'ouverture des sinus maxillaires, selon le procédé de Caldwell-Luc; le 25 novembre la guérison opératoire est obtenue, mais malgré une troisième intervention les polypes repullulent déjà dans le méat moyen. Il quitte l'hôpital à la fin du mois; il y revient le 16 novembre 1923, toujours pour obstruction nasale et l'on pratique une quatrième polypotomie. Le 24 février 1923, date à laquelle nous le voyons pour la première fois (les précédents examens et les précédentes interventions ayant été faits avant notre arrivée), nous notons les particularités suivantes :



FIG. 1.

A l'inspection l'attention est attirée par un élargissement notable de la pyramide nasale. Le nez est étalé, aplati, comme certains nez

de boxeurs, sur une largeur de 4 centimètres environ. Cet étalement se prolonge latéralement par deux expansions en forme d'ailes qui suivent assez exactement comme direction le sillon orbitaire inférieur; la palpation montre que cet élargissement est développé aux dépens des os propres du nez et des branches montantes du maxillaire supérieur. Il n'existe aucune disjonction entre ces différentes parties du squelette (et ceci est un point capital). Les cartilages du nez qui leur font suite ont conservé leur direction normale et surtout leur rectitude. Ils sont restés indépendants du processus d'étalement. Leur résistance est diminuée, principalement du côté des cartilages des ailes du nez très atrophiées.

Il existe en résumé une différence notable entre la racine osseuse du nez et le squelette cartilagineux. Elargissement des os propres et des branches montantes du maxillaire supérieur; intégrité architecturale du cartilage triangulaire et des cartilages alaires.

En tant que symptômes fonctionnels, pas d'écoulement, pas de douleurs, mais l'obstruction nasale est très marquée. La bouche est constamment ouverte, la respiration se fait uniquement par la voie nasale; elle est bruyante; à signaler une légère fétidité nasale et de l'anosmie.

La rhinoscopie montre une fosse nasale obstruée par des mucosités surtout à gauche; la cloison est épaissie mais sa direction est normale; à gauche, hypertrophie du cornet inférieur. Le méat moyen est bourré de polypes de volume plutôt petit (granulations polypeuses), sauf à la partie antérieure où ils atteignent la grosseur d'une noisette. Toute la voûte des fosses nasales donne une impression de grande largeur.

A droite l'hypertrophie du cornet inférieur est plus marquée; le méat moyen est aussi farci de polypes et il convient de remarquer que tandis qu'à gauche, la paroi postérieure du pharynx est facilement visible, à droite les polypes descendent bas en arrière et masquent la vue. Le pharynx n'offre rien à signaler; petites amygdales enchâtonnées; végétations adénoïdes en tapis et la rhinoscopie postérieure montre des choanes complètement fermées surtout du côté droit par des polypes recouverts de muco-pus; les cornets ne sont pas visibles.

Les bourrelets des orifices tubaires sont œdédiés; les oreilles sont normales; le larynx montre des cordes épaisses et vascularisées avec de nombreuses mucosités dans leurs intervalles.

Avant d'intervenir, nous avons demandé aux directeurs de certaines cliniques de la Faculté de Strasbourg, de procéder à divers examens somatiques et recherches de laboratoire:

Le Wasserman est resté négatif. L'examen anatomo-pathologique de deux ou trois polypes prélevés pour biopsie a donné comme résultat: Fibrome œdémateux sans caractère histologique de malignité.

L'examen oculaire a démontré une légère exophtalmie bilatérale, des mouvements oculaires normaux; des réactions pupillaires à la lumière et à la convergence normales, un léger degré d'astigmatisme et surtout une taie superficielle fine paracentrale. L'examen neurologique a relevé les mêmes symptômes oculaires, une voûte ogivale et un déficit d'intelligence très marqué; aucun signe de spécificité (clinique dermatologique, mais la policlinique dentaire relève des dents

d'Hutchinson typiques. La radiographie de la face indique des sinus frontaux et maxillaires voilés, un élargissement marqué de la partie supérieures des fosses nasales.

Le 2 mars, intervention. Curettage ethmoïdal bilatéral. Extraction de nombreux polypes surtout à gauche ; l'ouverture du sinus sphénoïdal de ce côté ramène des polypes et du pus.

On note les particularités suivantes au cours de l'opération : les deux fosses nasales sont élargies surtout à la partie supérieure, il s'agit d'une véritable rhinite atrophique de la voûte ; les deux cornets moyens sont étalés ; ils forment une véritable coupole d'où pendent les polypes à la façon de petits lustres. Le cornet moyen gauche dégénéré est facilement enlevé ; on est conduit directement après polypotomie sur le sphénoïde dont la partie antérieure très friable est enlevée facilement et l'on extrait de la cavité sinusale des polypes et du pus. A droite par contre le cornet moyen est d'une dureté accusée. Les deux ethmoïdes sont détruits et on ne retire aucune particule osseuse.

Au total, si l'on veut dégager les traits essentiels de cette observation clinique, on peut écrire que les lésions que présentait notre malade peuvent se résumer schématiquement en quatre propositions :

- 1° Polypose nasale bilatérale ayant débuté dans l'enfance ;
- 2° Processus hypertrophique déformant de la pyramide osseuse nasale ;
- 2° Ethmoïdite raréfiante ;
- 4° Insuccès thérapeutique ; récurrence constante et rapide.

## CARACTÈRES GÉNÉRAUX

L'ÂGE. — Les polypes du nez chez les enfants sont rares. Sur un total de 30.000 cas, Beco (de Liège) (1) ne signale que quatre observations se rapportant à des enfants de moins de 14 ans. Luc (2), à propos de 19 cas de polypose, remarque que son plus jeune malade avait 18 ans. Cardone (3), cite un polype congénital chez un enfant de 2 jours. Heymann (4), chez un enfant de moins d'un an ; Hopmann (5), étudiant le même sujet et relevant notamment les statistiques de Mackensie (9 cas), de Schœffer (99 cas (de 1 à 16 ans) sur 972 opérés) ne trouve dans la littérature que 177 cas. Natier et Ripault (6), dans un travail paru la même année concluent dans le même sens que ces différents auteurs.

1. Beco (de Liège). *La Presse O.-R.-L. belge*, 1907.

2. Luc. Société de Médecine de Paris, 27 novembre 1886.

3. Cardone. *Bulletin des Maladies de l'Oreille, de la Gorge et du Nez*, n° 4, 1889.

4. Heymann. Société de Laryngologie de Berlin, 1890.

5. Hopmann. *Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 32, 1892.

6. Natier et Ripault. *Annales de la Policlinique*, n° 7, 8, 9, 1892.

Tous les traités classiques font remarquer que les polypes surviennent exceptionnellement chez des sujets âgés de moins de 16 ans. Goldstein (1) combat cette opinion et cite 5 cas observés chez les adolescents de 12 et de 15 ans.

Or, en ce qui concerne l'affection que nous envisageons, il convient de remarquer que les cas épars que l'on retrouve dans la littérature, s'observent toujours chez les jeunes. Bürger (2) (d'Amsterdam), dans un travail très intéressant, s'étend longuement sur l'observation de trois petits malades âgés de 4, 5, 6 ans, frères et sœur qu'il a eu l'occasion de traiter. Il est également curieux de noter que dans les terres cuites de Smyrne reproduisant des moulages de la face, F. Regnault (3) reproduit 3 cas de déformation nasale où la racine seule est élargie et déformée; il fait remarquer que « les sujets sont jeunes et imberbes » et que de toute façon la racine du nez seule est élargie et non les narines. Tous nos patients n'ont en général été examinés que lors de leur adolescence et il est vraisemblable de penser qu'ils n'ont réclamé de soins que lorsque l'obstruction nasale de plus en plus accusée est devenue absolument complète. Il est permis d'imaginer que n'étaient les difficultés de l'examen chez les enfants en bas âge, souvent récalcitrants, aux fosses nasales étroites, avec des cornets hypertrophiés et des mucosités abondantes, la polypose serait plus souvent décelée.

SEXE. — Il est assez difficile d'établir d'une façon exacte s'il existe en faveur de tel ou tel sexe une prédominance marquée. Beaucoup de cas sont relatés d'une façon tout à fait imprécise. Lévy (4) qui a consacré sa thèse de doctorat aux modifications architecturales nasales qui compliquent la polypose des jeunes, rassemble 18 cas dans toute la littérature et ajoute 2 observations personnelles recueillies à la clinique de Gerber-Zarniko, dans la troisième édition de son *Manuel*, en 1910 n'en rapporte que 24 cas. Burger (5) signale que plusieurs rhinologistes, auxquels il s'était adressé, se souviennent d'avoir vu des cas semblables. Nous-mêmes, en fouillant les périodiques, aboutissons au total de 28 hommes (Hajek, Lack, Panné, Lichwitz, Schaeffer, Donelan, Bürger, Treitel, Lévy) et de 42 hommes

1. Goldstein. *Thèse de Leipzig*, 1894.

2. Bürger. *Monatschrift für Ohrenh.* 1912 (fasc. 5).

3. F. Regnault. Les maladies du nez et les terres cuites grecques de Smyrne. *Archiv. Laryng.*, 1908

4. Lévy. *Thèse de doctorat*. Kœnisberg, 1903.

5. Bürger. *Loco citato*.



(Chauveau, Reynard, Bérard, de Santi, Alagna, Bürger, Schœffer). Il semble en effet d'après nos constatations personnelles, que le sexe féminin soit plus fréquemment atteint.

**FRÉQUENCE.** — L'affection semble rare, surtout comme le fait remarquer Bürger comparativement à la fréquence gigantesque des polypes du nez ; mais il semble certain qu'elle est relativement plus fréquente qu'il peut paraître. Cette maladie, pour des raisons inexplicables, est demeurée dans l'oubli ; les traités classiques n'en font nullement mention et cependant ses caractéristiques particulières doivent lui permettre de prendre place dans la nosologie. Quoiqu'il en soit, en tenant compte de l'imprécision des documents, la littérature et nos observations personnelles nous fourniraient un total d'environ 75 cas.

**HÉRÉDITÉ ; CARACTÈRE FAMILIAUX.** — Elle ne semble pas héréditaire ; aucune mention n'existe à cet égard. Par contre elle atteint parfois plusieurs éléments d'une même famille. Bürger signale 3 cas atteignant deux frères et une sœur. Alagna (1) relate l'observation de deux fillettes âgées de 11 et de 9 ans qui présentaient depuis l'âge de 5 ans des signes de sténose nasale. Peu à peu était survenue une déformation de la pyramide osseuse ; l'examen rhinoscopique avait démontré la présence des polypes. Il est curieux de noter qu'une troisième sœur présentait des lésions d'ethmoïdite mais sans polypes et sans difformité. Nous-mêmes avons le souvenir de deux enfants atteints de pareilles lésions, hospitalisés dans le service du professeur Sebileau. Ces faits sont à retenir.

\*  
\*\*

**Symptomatologie.** — Les malades ont des sujets jeunes. Ils viennent consulter à un âge variable, soit comme nous l'avons déjà dit, dans la toute première enfance, soit au moment de l'adolescence. On peut les voir vers 5 ans (Bürger) ; on les examine plus souvent pour la première fois entre 10 et 15 ans.

L'affection est en général constituée et se présente avec tous ses caractères à la période d'état. Les parents ou le sujet lui-même attirent l'attention sur deux symptômes fonctionnels prédominants :

1. Alagna. Contribution à la casuistique des déformations nasales dues aux polypes muqueux (*Archives de Laryngologie*, 1914).

Le diagnostic est inscrit sur le nez ; sa forme est caractéristique mais elle peut rester inaperçue par un observateur novice ou orienter l'attention vers une affection spécifique. La pyramide osseuse nasale, constituée par les os propres et les branches montantes des maxillaires supérieurs, est aplatie et élargie « un véritable nez de boxeur ».

Les dimensions en sont variables ; la racine du nez est parfois deux fois plus large qu'à l'état normal ; l'index nasal est de toute façon trop élevé (89,6 ; 97,6 ; 88,6 au lieu de 56,3 chez trois autres sujets de 9, 10 et 11 ans.

Le nez inférieur, si l'on peut dire, cartilagineux, a par contre conservé ses dimensions presque normales. Il est le plus souvent atrophié et ce contraste frappant doit retenir l'attention. Il va constituer un des principaux éléments du diagnostic différentiel ; les ailes du nez sont aplaties.

A la palpation la peau est normale ; non modifiée, elle s'étale et glisse librement sur les surfaces osseuses qu'elle recouvre. Le squelette est uni, dur, non sensible. *L'hypertrophie osseuse s'établit aux dépens des os propres et des branches montantes du maxillaire supérieur, mais les pièces squelettiques restent intimement unies, il n'existe entre elles aucune déhiscence ; les sutures restent solidement engrenées ; aucune disjonction, aucune dislocation de l'avant nasal.*

Le speculum montre des fosses nasales farcies de polypes, dont il est difficile à première vue de reconnaître le point d'insertion. Le couloir aérien est complètement obstrué par ces masses gélatineuses, mollasses, jaunâtres avec dans leurs interstices, des mucosités abondantes. Leur nombre semble infini ; il semble que toute la muqueuse ait contribué à former cette végétation luxuriante. Le stylet qui palpe ne rencontre que des formations opalines qui cèdent et fuient le contact. Peu à peu cependant on arrive à isoler la cloison et le plancher qui restent normaux. Le cornet inférieur paraît lui-même peu altéré ; les polypes semblent s'insérer dans la région du méat moyen. Entre eux, pas de pus sinusal net, mais du muco-pus épais et abondant.

La rhinoscopie postérieure montre des choanes obstruées par les myxoides. En général l'amygdale de Lusekha est petite ou même invisible. La diaphanoscopie et la radiographie des sinus donne des résultats incertains ; ils sont en général voilés.

L'examen des différents organes est souvent négatif. Il convient cependant de signaler presque généralement un déficit

intellectuel marqué et des signes pulmonaires dues à la mauvaise ventilation nasale et à la rhinite concomitante.

**Traitement.** — L'opération indiquée en pareil cas est la polypotomie. On nettoie en une ou plusieurs séances les fosses nasales ; on rétablit la perméabilité du couloir aérien. La respiration s'effectue librement ; l'examen post-opératoire ne permet plus de décélérer aucune formation myxomateuse.

Le sujet quitte l'hôpital.

Un certain temps s'écoule, en général variable, mais bientôt rapidement reparait l'obstruction nasale. Le speculum montre de nouveaux polypes. On réintervient. Le cycle recommence : obstruction nasale, polypose ; on opère plus largement ; on évide l'ethmoïde ; on curette les sinus. Inéluctablement, défiant toute thérapeutique, l'affection récidive.

Toutes les observations semblent calquées les unes sur les autres, redisent l'étonnement, avouent l'impuissance des opérateurs et cependant tout a été tenté. La polypotomie a paru insuffisante ; l'ouverture des sinus, le curettage des fosses nasales, même après rhinotomie n'ont donné que des déboires.

DeSanti (1) rapporte l'histoire d'une jeune malade âgée de 18 ans, atteinte de polypes pour lesquels elle n'a cessé de se faire traiter dans les hôpitaux depuis près de cinq ans. On pratique de multiples polypotomies, sans résultat ; sous anesthésie générale, on rabat le nez après avoir divisé la muqueuse de la lèvre et des gencives ; on curette les fosses nasales. Récidive après six mois. Nouvelle intervention. Récidive après huit mois.

Cas de Donelan (1) : malade âgé de 23 ans, atteint depuis 1892, d'une obstruction progressive du nez qui devint complète en 1896, après avoir occasionné une hypertrophie des os propres et une difformité marquée. Polypotomie à l'anse : récidive. En 1900, le nez et le naso-pharynx sont remplis de polypes. Polypotomies ; ablation des cornets moyens, curettage des cellules ethmoïdales. Récidive. Dans la discussion qui a suivi cette présentation, les différents auteurs qui ont pris la parole ont émis des opinions différentes. Bronner dit avoir vu en province des cas de polypose s'accompagnant de déformation. Cette déforma-

1. DeSanti. Polypes récidivants du nez, Société de Laryngologie de Londres 4 Janvier, 1901.

2. Donelan. Un cas de polype du nez avec difformité marquée. Société de Laryngologie de Londres, 1<sup>er</sup> février 1901.

tion aurait fini par disparaître dans un laps de temps compris entre un et deux ans. Par contre pour Cresswell Baber, la difformité persisterait.

Même insuccès chez Treitel (1) : malade de 30 ans ; obstruction nasale et nez augmenté de volume depuis l'âge de 8 ans. Polypotomies multiples. Récidive. Alagna (2), Ferreri, Melzi, Gerber, Dreyfuss, Witte, Chauveau (3), Burck, Candela, de Sojo, publient des observations identiques.

Pack (4) présente en 1901 une malade atteinte de polypose depuis l'âge de 15 ans et chez laquelle depuis trois ans, on pratique tous les quinze jours une nouvelle intervention ; observation analogue de Hajek (5).

Par contre Panné (de Nevers) (6) relate l'histoire d'un malade atteint de polypose nasale depuis l'âge de 15 ans. Deux ans plus tard le nez commence à se déformer et à s'élargir. On procède à l'ablation des polypes. La déformation du nez persiste et s'accroît progressivement. On pratique une rhinotomie selon le procédé d'Ollier ; on curette les fosses nasales. Pour éviter toute récurrence ultérieure, on laisse l'appendice nasal détaché et on procède à diverses reprises à des curettages. Le résultat, d'après l'auteur serait demeuré bon, du moins en ce qui concerne les polypes qui n'auraient pas récidivé, mais aucune mention n'est faite au sujet de la difformité.

Le contraire s'observe par contre dans une observation de Bérard présentée par Reynard (7). Il s'agissait d'une malade atteinte de polypes muqueux des fosses nasales ayant déformé les os propres du nez. L'opération délaissant les polypes, fut uniquement dirigée contre la déformation nasale. Après incision nasale latérale on procéda à l'ablation d'une lamelle osseuse. La forme du nez fut améliorée.

Quoiqu'il en soit, nous le répétons, la récurrence, malgré de multiples interventions est la règle. Nous avons observé nous-mêmes le fait à plusieurs reprises ; nous avons entendu les rhi-

1. Treitel. De la dilatation du squelette osseux du nez par des polypes de nature bénigne. *Arch. für Laryng.*, XII, 1, 1901.

2. Alagna. *Loc. cit.*

3. Chauveau. Déformation du squelette nasal par des polypes du nez. *Archiv. de Laryngologie* 1903, n° 736.

4. Lack. Société royale de médecine de Londres, 5 février 1909.

5. Hajek. Contribution à l'étude des récurrences des polypes du nez. *Revue de Moure*, 1904.

6. Panné. *Archives de Laryngologie*, 1893.

7. Reynard. *Lyon médical*, 25 janvier 1903.



nologistes les plus réputés avouer leur insuccès. Dans la discussion qui a suivi notre communication (1) le professeur Moure a relaté l'observation d'un jeune homme de quatorze ans, atteint de polypes récidivantes de l'ethmoïde et chez lequel il fit une ethmoïdectomie bilatérale sans aucun succès. Par contre, Moulonguet aurait constaté une amélioration chez un sujet traité depuis un an sans succès, après un double Caldwell-Luc et Bonain aurait toujours obtenu des guérisons avec des badigeonnages fréquents à l'aide d'une solution concentrée d'acide chromique.

En ce qui nous concerne, nous avons toujours obtenu des insuccès et l'on nous a enseigné que chez de pareils malades, il convenait avant tout d'essayer de maintenir une perméabilité nasale suffisante et de lutter contre l'obstruction nasale par des opérations palliatives, en particulier la résection bilatérale du cornet inférieur (Bourgeois).

\*  
\* \*

En présence de tels insuccès, une question vient naturellement à l'esprit. Quelle est la nature intime de l'affection ?

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'énumération des lésions anatomo-pathologiques peut se résumer en deux propositions : a) ethmoïdite raréfiante, b) déformation hypertrophique de la pyramide osseuse nasale.

L'ethmoïdite raréfiante (necrosingethmoïditis) a été longtemps considérée comme la cause déterminante des polypes. Cette théorie a été soutenue par Woakes (2), qui affirmait que tout polype était consécutif à une ostéite du labyrinthe ethmoïdal. Ces idées exprimées notamment dès 1877, n'ont pas survécu. Les travaux ultérieurs, en particulier le mémoire de Jacques (3), ont démontré « que les polypes muqueux du nez ne sont rien autre chose qu'une hypertrophie œdémateuse inflammatoire, vaso-motrice ou tro-

1. Canuyt et Terracol. La polypose nasale déformante et récidivante des jeunes. Société française d'O.-R.-L. Paris, mai 1923 ; Société de Médecine du Bas-Rhin, avril 1923.

2. Woakes. Necrosing ethmoïditis. *Lancet*, 1877.

3. Jacques. Dégénérescences bénignes de la muqueuse ethmoïdale. *Bull. et Mém. de la Société française d'Otologie*, 1903, t. XIX, p. 5.

phique de la pituitaire ; une portion de cette pituitaire isolée par l'œdème et pédiculée sur sa nourrice ».

Il n'en reste pas moins vrai, que dans la maladie qui nous occupe, la lésion ethmoïdale prédomine et que nous constatons chez tous les sujets une « nécrose ethmoïdale ». C'est le principal mérite de Woakes d'avoir reconnu de semblables lésions. En de nombreux articles et dans diverses communications, cet auteur a particulièrement insisté sur l'inflammation chronique de la muqueuse et du périoste des cornets et des cellules ethmoïdales ; inflammation qui s'accompagne de nécrose du tissu osseux et de bourgeons charnus précédant les formations polypeuses. L'ethmoïde est un os tout particulièrement vulnérable. Des cloisons intercellulaires du labyrinthe sont constituées par des lames osseuses excessivement minces recouvertes sur leurs deux faces par le périoste et la muqueuse pituitaire (le périoste étant intimement accolé à la muqueuse).

En cas d'infection la muqueuse s'enflamme et le périoste, par contiguité, réagit également si les germes sont virulents ; la marche des lésions va progresser suivant quatre stades :

- 1° Hyperplasie de la muqueuse et transformation fibreuse ;
- 2° Transformation myxomateuse de la même muqueuse ;
- 3° Épaississement des tuniques artérielles et rétrécissement de leur calibre ;
- 4° Résorption et désintégration du tissu osseux sous-jacent, aboutissant à la nécrose (Woakes).

Les travaux de Zencker et de E.-B. Gleason (2) confirment ces recherches. Il y a dans tous les cas sérieux, mortification de la mince lamelle osseuse intermédiaire. Les cloisons intercellulaires sont détruites. Le labyrinthe, après élimination des portions squelettiques nécrosées, est transformé en une seule et même cavité. Dans tous les cas qu'on opère, le travail des instruments qui curettent est grandement facilité par la destruction presque totale des portions osseuses, et il ne s'agit en quelque sorte que d'une opération de régularisation.

En ce qui concerne les polypes, aucun fait important n'est digne d'être noté. Ils sont formés comme les autres moyxides, d'un épithélium pavimenteux stratifié et d'un stroma composé de cellules étoilées et fusiformes qui, dans l'ensemble, dessinent

1. Woakes. *British. Médic. Journal*, 4 avril 1885 ; 12 mars 1892 ; 10 juin 1893.

2. E.-B. Gleason. Affection polypeuse des fosses nasales. *The American Lancel*, juin 1891.

un tissu dont les mailles renferment une substance amorphe homogène. Aucune formation tuberculeuse n'a été relevée dans les différents cas examinés.

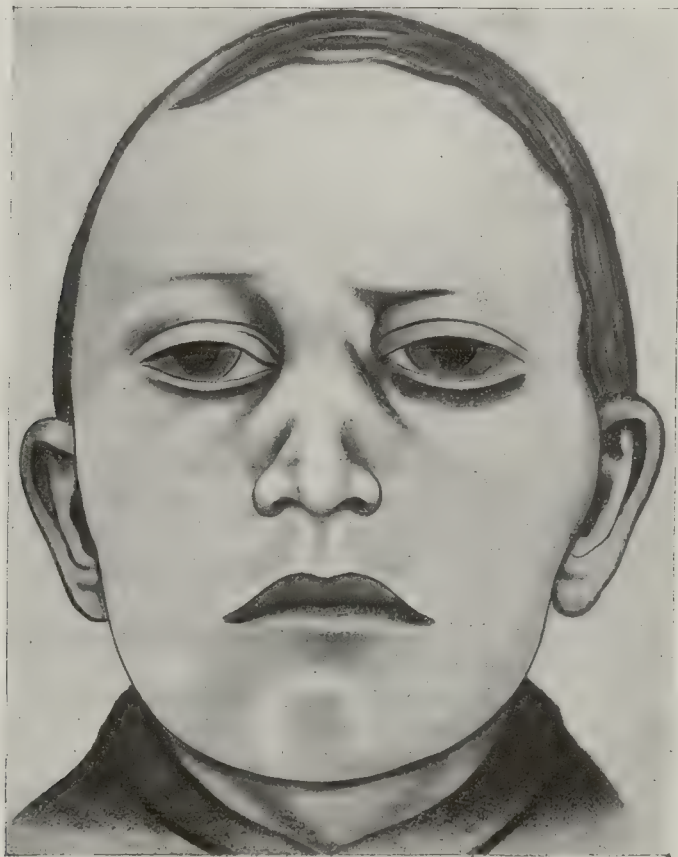


FIG. 2

La polypose nasale récidivante et déformante. La déformation nasale (type supérieur).

Quant à la déformation hypertrophique de la pyramide osseuse nasale elle est plus difficilement explicable. Il y a dans l'affection qui nous occupe, deux processus qui s'opposent : nécrose, d'une part ; hyperplasie de l'autre, ou pour parler plus clairement : ostéite raréfiante et ostéite condensante.

Nous disons bien hyperplasie, *sans dislocation et sans disjunc-*

*tion de l'auvent nasal.* Ceci est un point sur lequel nous voulons insister avec force, car une confusion risque de s'établir. On lit dans les traités classiques que les polypes finissent à la longue, par une action de pression continue, par disloquer les os propres et les deux branches montantes du maxillaire supérieur, et l'on serait tenté de croire qu'il en est de même dans l'affection que nous étudions. Une telle erreur paraîtrait grossière après un examen approfondi et cependant elle a été souvent commise.

A la Société de Laryngologie de Londres en 1901, dans la discussion qui a suivi la présentation du cas de Donelan, Cresswell-Baber et Saint-Clair-Thomson semblent décrire des cas où existait une séparation entre les os du nez et les apophyses nasales des deux maxillaires supérieurs.

Voltolini a soutenu la même théorie. On lit dans le traité d'Heymann à propos de la polypose: « On rencontre parfois une dilatation de la charpente osseuse des fosses nasales, remplies de polypes. Dans un cas le nez avait atteint le double de sa longueur antérieure. Les deux os étaient séparés l'un de l'autre et dans la rainure ainsi formée on pouvait enfoncer le manche d'un bistouri. Après l'ablation des polypes le nez redevint normal. » Et l'auteur ajoute qu'il a relevé dans la littérature trois cas identiques publiés par Colles (1), Velpeau (2), Voltolini (3).

Or dans tous nos cas, la déformation n'est pas due à la pression et nous le répétons: *il n'y a aucune disjonction de l'auvent nasal*. Pour mieux accuser la différence, nous avons fait reproduire (Fig. 2 et 3) un type de polypose avec déformation nasale chez un jeune et un type de polypose avec déformation nasale chez un sujet âgé. Le contraste est frappant. *Dans le premier cas, le type d'élargissement est supérieur. Dans le deuxième cas il est inverse, c'est-à-dire : inférieur.* Chez les jeunes la déformation supérieure ne porte que sur la pyramide osseuse nasale; chez les vieux la déformation inférieure, porte sur le cartilage et les parties molles.

Lichwitz (4), Treitel (5), Alagna (6) distinguent nettement les

1. Colles. (Cité par Mackenzie, 1848). *Dubl. Quart. Journal Méd.*, novembre, n° 12.

2. Velpeau. Polypes muqueux des fosses nasales, très volumineux. *Moniteur des hôpitaux*, 1857.

3. Voltolini. *Krankheiten der Nase*, 1888, p. 286.

4. Lichwitz. Elargissement de la racine du nez occasionné par des polypes. *Archives Laryngologie*, 1901, p. 14.

5. Treitel. *Loc. cit.*

6. Alagna. *Loc. cit.*



difformités suivant l'âge. Enfance : processus hypertrophique. Vieillesse : déhiscence des os propres et élargissement (Cas de Treitel, Melzi, de Ponthière, R. Botey, Zarniko, Moure, Kyles, Chauveau).

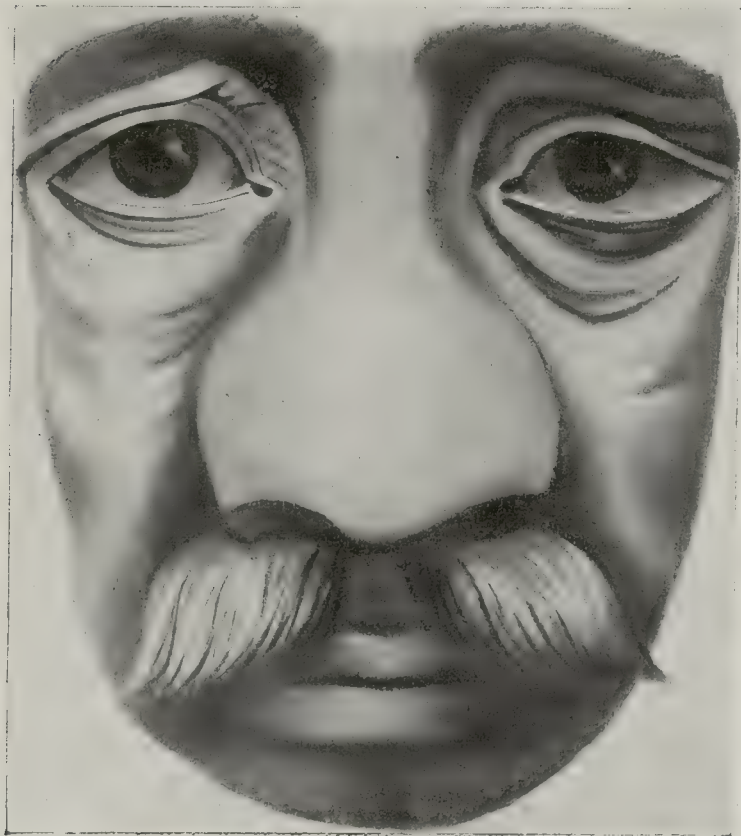


FIG. 3

La polypose nasale chez les vieux. La déformation nasale (type inférieur).

Quoiqu'il en soit, s'agit-il d'un processus de défense ? S'agit-il d'un processus isolé ? Il est assez curieux en tout cas de noter que la nécrose ne touche que le labyrinthe ethmoïdal et qu'au delà des frontières de ce territoire, le squelette se renforce. Nous avons déjà fait remarquer que la texture n'est pas la même dans les deux zones et ne présente pas la même résistance. Pour cer-

tains auteurs, en particulier pour Lambert Lack (1) il s'agirait d'une ostéo-périostite ethmoïdale, pour Cholewa et les auteurs allemands, d'une ostéomyélite subaiguë, Bleyl (2) parle de périostite chronique et d'ostéite ostéoplastique; Goodale (3), de périostite proliférante. Cordes (cité par Treitel) a observé que dans le cas de polypes multiples et récidivants, il existe quelquefois une simple infiltration du périoste et du tissu médullaire, mais le plus souvent une ostéite chronique proliférante et une ostéite ostéo-plastique.

Tous ces termes sont synonymes. Les recherches à l'heure actuelle sont insuffisamment précises pour étayer une théorie avec certitude, elles demanderaient à être poursuivies. Quoiqu'il en soit, ces lésions n'arrivent pas à établir la pathogénie présumée de l'affection. Essayons cependant de nous orienter.

**Étiologie.** — S'agit-il d'une infection due à un germe spécifique? Faut-il envisager une origine tuberculeuse ou syphilitique acquise ou héréditaire? Peut-on ranger cette maladie dans le groupe des tumeurs?

Nous entrons ici, nous le répétons, dans le domaine des hypothèses, mais il est en tout cas intéressant de signaler le rapprochement entre l'affection que nous étudions et une maladie tropicale, appelée le gundu ou anakré (étymologiquement dans la langue du pays « gros nez ») (Bürger). Ce mal sévit dans l'Afrique Occidentale et Orientale. Il a été relativement bien étudié par Friedrichsen, Radloff et surtout Maclau (4). Le début a lieu dans l'enfance; de violents maux de tête surviennent et s'accompagnent d'un écoulement nasal purulent et sanguinolent. Puis peu à peu dans les régions latérales du nez, des tuméfactions se développent aux dépens de la face interne de l'orbite et des apophyses montantes. Symétriques, ayant la consistance de l'os, elles sont unies et non douloureuses. Sur elles, la peau restée normale, garde toute sa mobilité. Leur accroissement est lent; elles atteignent leur maximum au bout de quelques années; leur grosseur est variable; certaines atteignent la taille d'une orange, voire même d'un œuf d'autruche; d'autres restent indéfiniment petites (amande ou haricot).

1. Dan Mackenzie. Polypes muqueux. *Revue de Mouro*, 1910.

2. Bleyl. Sur la déformation du nez par les polypes. *Monat., für Ohrenk.*, 1908, n° 10.

3. Goodale. Contribution à l'étude de l'histologie pathologique de l'ethmoïde. *Revue de Mouro*, 1903, II.

4. Maclaus, *Archives de médecine*, nov. t. LXIII, janvier 1895, p. 25.

L'étiologie et l'anatomie pathologique restent obscures. Chelmers incrimine des larves de mouches; Friedrichsen et Fisch se rattachent à l'hypothèse d'une syphilis héréditaire. Une autopsie d'un singe cynocéphale atteint de gundu, pratiquée par Bouffard,

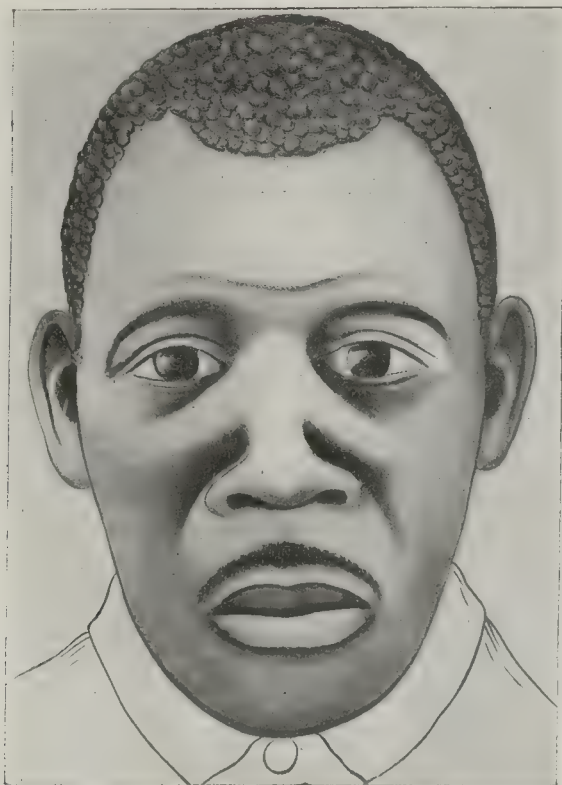


FIG. 4

Gundu ou anakré des nègres.

a donné peu de résultats. Il s'agirait, dit-on, d'une périoste ostéoplastique; quoiqu'il en soit, on ignore encore si l'éthmoïde est en cause et il semble qu'aucun examen rhinologique n'ait jamais été pratiqué.

Les sujets atteints n'ont jamais séjourné aux colonies et les anamnestiques ne permettent de relever aucune contagion possible.

Il est par contre intéressant de retenir les hypothèses de

Friedrichsen et de Fisch et de penser à une *origine syphilitique possible*. Bürger dans l'observation qu'il rapporte a trouvé chez la fillette une réaction de Bordet-Wassermann positive (confirmée par trois examens) et ceci en l'absence d'antécédents familiaux et de toutes autres manifestations. Goodale (1), se basant sur l'examen anatomo-pathologique de certaines ethmoïdites en particulier les ethmoïdites spécifiques, reconnaît dans certains cas une périostite proliférante aboutissant à la formation de véritables syphilomes. Gradenigo (2) affirme par contre que la difformité au point de vue caractère, ne ressemble nullement aux lésions de la syphilis et en particulier la bilatéralité permet d'exclure la spécificité.

Chez notre malade existaient des signes d'infection syphilitique héréditaire (taie de la cornée et dents d'Hutchinson, et il est vraisemblable d'imaginer que tous les cas publiés pourraient reconnaître la même étiologie. Jacques (3) et Kowler (4) ont attiré l'attention tout récemment sur la polypose nasale syphilitique et ont montré combien cette affection était fréquente, si l'on avait soin d'y penser et de la dépister. Nous avons pris l'habitude, depuis ces travaux, de rechercher la spécificité chez tous les malades atteints de polypose nasale et de pratiquer systématiquement la séro-réaction. Or nos examens ont été si souvent positifs que nous pensons également que la polypose nasale déformante et récidivante des jeunes pourrait bien n'être que la manifestation d'une infection syphilitique héréditaire.

Reste enfin la théorie sinusienne qui rencontre de nombreux partisans, en particulier H. Tilley, Cresswell Baber, William Hill, Dundas-Grant (5), Moulonguet (6), à propos d'un jeune sujet atteint de polypose nasale récidivante et traitée pendant un an avec un insuccès complet, relate une amélioration considérable, à la suite d'un Caldwell-Luc bilatéral, pratiqué sur les conseils de Neumann. Et cependant les lésions sinusales étaient minimales. Nous n'avons pour notre part obtenu que des insuccès en considérant les résultats éloignés.

Bonain, insistant sur l'importance des soins post-opératoires

1. Goodale, *Loc. citato*.

2. Gradenigo, Pathologie et thérapeutique de l'oreille et des premières voies aériennes.

3. Jacques, De la polypose syphilitique du nez (communication à la Soc. française d'O.-R.-L., juillet, 1922).

4. Kowler, Etiologie des polypes du nez. *Bulletin de Laryngologie*, mai 1922.

5. Société de Laryngologie de Londres, 1<sup>er</sup> février 1901.

6. Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie, mai 1923.



dans toutes les opérations endo-nasales et en particulier avec des badigeonnages fréquents avec une solution concentrée d'acide chromique, aurait obtenu des guérisons.

Nous nous promettons pour notre part, de soumettre tous nos prochains cas à un traitement spécifique énergique, comme l'a préconisé Schœffer dès 1892 (1), persuadés que nous sommes de l'étiologie syphilitique.

De toute façon nous estimons que cette affection curieuse, que nous n'avons trouvée décrite dans aucun traité classique, mérite d'être mieux étudiée et de prendre place dans la nosologie.

---

1. Schœffer, *Deutsche Med Woch.*, 1892, n° 47, p. 1061.

# TECHNIQUE OPÉRATOIRE POUR LE TRAITEMENT DES NÉVRITES RÉTRO-BULBAIRES D'ORIGINE ENDO-NASALE

Par M. **DE STELLA** (*de Gand*)

---

Je n'avais nullement l'intention de revenir cette année devant notre Congrès, avec cette question des névrites optiques rétro-bulbaires d'origine ethmoïdo-sphénoïdale. En effet j'estimais que grâce aux travaux de H. Coppez, V. Cheval, de Stella en Belgique, ceux de Lemaitre, Canuyt, Sargnon en France, ceux de Wertheim de Breslau et tant d'autres sur le même sujet, nous pouvions considérer comme entièrement close l'ère des études sur les rapports entre certaines névrites optiques rétro-bulbaires et les affections du nez (sinus et ethmoïde).

Or certains travaux parus récemment, ceux de H. Coppez à l'Académie de Médecine belge, de Sargnon et de Van den Wildenberg au Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie, mai 1923, nous prouvent que l'accord est loin d'être établi, non pas sur la nécessité de l'intervention précoce, — là tous sont d'accord — mais sur les méthodes opératoires.

Depuis ma communication faite en 1921 au Congrès belge d'O.-R.-L., nous avons pu encore rassembler 13 cas de névrite optique rétro-bulbaire, dus à des causes endo-nasales. Nous n'en ferons pas l'histoire détaillée, car ces histoires avec leur symptomatologie spéciale — lésions oculaires, lésions nasales, opération, résultats obtenus — tout cela est archi-connu. Mais je me permettrai cependant de faire un classement des 18 cas observés jusqu'ici par nous et cela suivant une symptomatologie quelque peu schématique. Il est bien entendu qu'il s'agit toujours de névrites optiques où toute cause autre que l'endo-nasale fut au préalable éliminée (syphilis, tuberculose, tumeur).

I<sup>er</sup> GROUPE. — Cas où l'examen rhinologique le plus complet : rhinoscopie antérieure et postérieure, diaphanoscopie, ponction des sinus, examen radiologique, n'a rien donné : 2.

Il n'y avait non plus aucun signe subjectif : pas de douleurs, pas de rhinite spasmodique.

II<sup>e</sup> GROUPE. — Cas où l'examen rhinoscopique antérieur, la diaphanoscopie, la ponction des sinus ne donnent rien ; par contre la rhinoscopie postérieure laisse voir des croûtes purulentes sur la queue du cornet moyen, des trainées muco-purulentes dans le cavum : 6.

*Signes subjectifs.* — Ces malades présentaient tous des signes subjectifs : douleurs frontales, sus-orbitaires unilatérales, souvent bilatérales, quand même la lésion endonasale était unilatérale. Tantôt il s'agissait d'une douleur profonde purement subjective, tantôt la douleur était limitée aux branches du trijumeau et fortement exagérée par la pression. Dans tous les cas la radiologie (radioscopie et radiographie) donnait une image plus sombre de l'ethmoïde du côté malade.

III<sup>e</sup> GROUPE. — Cas qui ont donné à la diaphanoscopie et à la ponction, des lésions sinusales nettes : 4 de sinusite purulente sphénoïdale avec participation de l'ethmoïde postérieur, 1 de sinusite maxillaire sans participation du sinus sphénoïdal mais avec lésions fongueuses de l'ethmoïde, 1 de sinusite sphénoïdo-maxillaire.

IV<sup>e</sup> GROUPE. — Enfin je tiens à faire une mention spéciale pour un cas de névrite optique rétro-bulbaire double avec lésions beaucoup plus graves à l'œil gauche. Ici les deux sinus sphénoïdaux suppuraient avec participation dans les deux massifs ethmoïdaux.

Dans tous les autres cas nous n'avons eu que des névrites optiques unilatérales correspondant aussi à des lésions endonasales unilatérales.

*Traitement.* — Nous avons déjà dit que l'accord est parfait entre tous les auteurs pour admettre que l'intervention chirurgicale est le seul moyen de traiter des névrites optiques d'origine endonasale ; mais l'accord cesse quand il s'agit de fixer le mode opératoire.

H. Coppez a préconisé d'abord une sphénoïdotomie par voie endonasale ; plus tard dans sa communication à l'Académie de Médecine belge, il dit qu'il lui « semble indispensable d'intervenir par la voie cutanée, et qu'il est quasi impossible d'arriver par la voie endonasale à évider suffisamment l'ethmoïde ». V. Cheval semble donner ses préférences à la large brèche cutanée ; Sebileau préconise également la voie externe paranasale, qui seule à son avis permet un curettage complet de l'ethmoïde ;

Sargnon choisit la voie interne, à moins qu'il n'y ait des complications graves concomitantes, comme un phlegmon de l'orbite ou des complications encéphaliques ; il se contente d'enlever le cornet moyen et de dégager les cellules ethmoïdales qui sont en avant du sphénoïde. Van Wildenberg rejette tous les procédés anciens par voie externe ou interne, pour s'en tenir uniquement à sa méthode de la résection sous-muqueuse de la cloison médiane ; par son procédé il arrive au sinus ou aux sinus sphénoïdaux — car il semble bien tenir à l'ouverture des deux sinus — par voie endonasale médiane.

Pour ma part je suis opposé à toute systématisation en pareille matière où la diversité même des lésions endonasales qui président à la névrite optique doit faire rejeter un procédé opératoire unique et plutôt en faire admettre plusieurs, dont chaque technique sera réglée suivant la situation et l'importance des lésions. Fidèle à ce principe, j'ai appliqué le traitement suivant aux cas ressortissant aux groupes décrits plus haut.

GRUPE I. — Deux cas où l'endonez paraissait normal à l'examen le plus complet. Le premier présentait un scotome paracentral ; nous avons ordonné des lavages quotidiens du nez et de l'arrière-nez et le scotome a disparu au bout de six semaines sans plus récidiver.

Le second présentait des lésions progressives et rapides du nerf optique gauche. J'ai enlevé le cornet moyen et agrandi l'ouverture du sinus sphénoïdal ; un peu de sérosité louche s'en est écoulée ; lavages quotidiens du sinus et attouchements à la teinture d'iode. Résultat : arrêt complet de la névrite.

GRUPE II. — Six cas avec symptomatologie négative pour une sinusite, positive pour une ethmoïdite postérieure. Opération. La vieille méthode endonasale : enlèvement du cornet moyen, curettage de l'ethmoïde et ouverture de toutes les cellules ethmoïdales ; le sinus sphénoïdal est contrôlé et s'il donne du pus nous agrandissons son hiatus. Cette intervention se fait en une séance.

Tous ces cas ont largement bénéficié de notre intervention.

Voici l'histoire de mon dernier cas :

Femme de 45 ans, ménagère, n'ayant eu jusque-là aucun trouble de la vue ; brusquement elle constate que sa vue se trouble à gauche et en huit jours la vision est presque abolie. Alors elle se décide à consulter l'oculiste qui me l'adresse avec ces quelques mots : névrite optique gauche de cause inconnue pour moi ; n'y a-t-il pas de cause endonasale ?

*Phénomènes subjectifs.* — La femme se plaint de douleurs très



vives dans la région fronto-temporale gauche ; depuis des années elle mouche un peu de pus par la narine gauche et en perd en quantité par la gorge.

*Examen.* — Par la rhinoscopie antérieure, nous ne découvrons rien d'anormal ; par la rhinoscopie postérieure nous trouvons du pus et des croûtes sur la queue du cornet moyen, du pus dans le cavum. La radiographie démontre une image épaissie de l'ethmoïde postérieur gauche.

*Opération.* — A peine le cornet moyen enlevé nous ouvrons une cellule ethmoïdale d'où s'écoule une bonne quantité de pus ; nous élargissons l'ouverture du sinus sphénoïdal qui contient quelques gouttes de pus, nous tamponnons le tout pendant quarante-huit heures. Dès le lendemain de l'opération la femme nous dit que la céphalée a disparu et que la vision abolie jusque-là est revenue. Déjà quatre jours après l'opération l'oculiste peut observer une névrite en voie de régression ; le résultat donne raison à ceux qui interviennent quand même la névrite optique a donné la cécité.

GRUPE III. — 1° Quatre cas de sinusite sphénoïdale purulente avec participation de l'ethmoïde postérieur. Même opération que pour les cas du groupe II, mais avec curettage plus soigneux et plus complet d'un ethmoïde manifestement malade.

2° Un cas de sinusite maxillaire avec participation de l'ethmoïde rempli de fongosités.

*Opération.* — L'ouverture classique du sinus maxillaire par la bouche et curettage complet de l'ethmoïde à travers le sinus très largement ouvert.

*Résultat.* — Amélioration des lésions de névrite optique et toujours arrêt dans la progression de ces lésions.

1 cas de névrite optique avec sinusite sphénoïdo-ethmoïdo-maxillaire droite.

*Opération.* — Dans ce seul cas avec des lésions fongueuses anciennes, polypes muqueux dans les méats moyen et supérieur, nous avons appliqué la méthode externe paranasale, donnant ainsi une brèche très large sur le sinus maxillaire dont toute la paroi antérieure est effondrée, le massif ethmoïdien qui est enlevé complètement et le sinus sphénoïdal qui sera agrandi et cureté. Il s'agit ici d'un évidement complet des sinus maxillaire et sphénoïdal et du labyrinthe ethmoïdal. — Il est évident qu'un tel nettoyage ne peut se faire que par voie externe.

CONCLUSIONS. — 1° Nous avons pour le traitement de nos quinze cas, appliqué toutes les méthodes décrites jusqu'ici, mais en faisant un choix judicieux pour chacune d'elles approprié au cas particulier. 2° A notre avis il y aurait une erreur capitale à vouloir

appliquer une même méthode opératoire soit externe, soit interne à tous les cas de névrite optique d'origine endonasale dus à des lésions si diverses, si disproportionnées et dans leur situation et dans leur importance. Ch. Goris ne nous signale-t-il pas un cas de guérison de scotome central de l'œil droit, par simple enlèvement de deux petits polypes muqueux du méat moyen ? Ici je placerai un seizième cas personnel que j'ai observé cette semaine. Un garçon de 13 ans m'est envoyé par l'oculiste avec ces quelques mots : névrite optique gauche, y a-t-il des lésions des sinus ?

L'examen le plus complet ne fait rien découvrir de suspect dans les sinus antérieurs, ni dans les méats ; à la rhinoscopie postérieure nous trouvons un cavum rempli par des végétations adénoïdes et des traînées de muco-pus qui descendent du cavum le long de la paroi postérieure du pharynx.

L'anamnèse du garçon nous dit que deux semaines avant son entrée à la clinique il avait une vue parfaite ; brusquement il est pris par une céphalée atroce, de la fièvre, des vomissements et est forcé de garder le lit pendant deux jours. Les maux de tête s'amendent, le petit patient quitte son lit ; mais depuis ce moment il se plaint de constater un affaiblissement notable et progressif de la vue à gauche. Les parents attendent dix jours, puis se rendent compte eux-mêmes que la vue baisse rapidement à gauche ; ils consultent un oculiste qui m'adresse l'enfant parce qu'il ne peut pas trouver la cause de la névrite optique. Que faire ? Il y a du pus dans le cavum, d'où vient-il ? du sinus sphénoïdal ? des cellules ethmoïdales postérieures ou simplement par suite d'une infection aiguë greffée sur d'anciennes végétations. Nous avons estimé qu'avant d'ouvrir le labyrinthe ethmoïdal et le sinus sphénoïdal, il fallait avant tout enlever les végétations, désinfecter le cavum et si cette intervention restait sans effet sur la névrite optique, nous étions décidé de vider complètement l'endonez postérieur. A notre surprise heureuse, deux jours après l'adénoïdectomie, l'oculiste nous dit « la névrite optique est en voie de régression, la vue s'améliore rapidement ».

Eh bien ! après des exemples pareils qui oserait encore soutenir que toute névrite optique d'origine endonasale est redevable toujours d'un évidement du labyrinthe ethmoïdo-sphénoïdal.

3<sup>e</sup> Dernier point à traiter : Etant donné qu'une opération sur le sinus sphénoïdal s'impose et dans des conditions telles que la méthode endonasale est indiquée, quel procédé faut-il appliquer ?

A mon avis l'ancienne méthode qui enlève le cornet moyen,

qui explore et ouvre les cellules ethmoïdales, pour élargir enfin le sinus sphénoïdal, constitue la méthode de choix dans la grande majorité des cas.

En effet nous avons pu constater par l'étude et surtout par l'opération de nos cas que plus d'une fois les cellules ethmoïdales sont infectées quand même le sinus sphénoïdal échappe et encore que les cellules ethmoïdales dans tous nos cas participaient à l'infection du sinus sphénoïdal. Dès lors toute méthode qui s'adresse uniquement au sinus sphénoïdal, risque de laisser intact le foyer principal ou accessoire du labyrinthe ethmoïdal. Le procédé de van den Wildenberg, la trépanation du sinus sphénoïdal par la voie médiane — laissant précisément en dehors du champ opératoire, le principal coupable — est incomplet et doit donner des échecs dans beaucoup de cas de névrite optique. Sans doute c'est un procédé élégant et beaucoup moins mutilant, mais à mon avis ses indications sont restreintes. Pour s'en servir il faut être certain que seul le ou les sinus sphénoïdaux sont en cause à l'exclusion du labyrinthe ethmoïdal. Mais quand a-t-on cette certitude ? J'ai pris pour règle de conduite d'admettre que l'infection du sinus sphénoïdal est presque fatalement accompagnée de l'infection de l'ethmoïde et qu'à limiter son opération au sinus sphénoïdal on risque de passer à côté des lésions.

OBJECTIONS CONTRE L'ANCIENNE MÉTHODE ENDONASALE. — a) *Les hémorragies.* — Je n'ai jamais eu des hémorragies inquiétantes après un évidement complet de l'endonez. Je tamponne légèrement durant deux jours et puis je continue les soins par lavages, attouchements à l'iode, etc.

b) *Méthode antiphysiologique.* — Quand l'évidement du labyrinthe ethmoïdal n'est pas accompagné de la résection du cornet inférieur, en général on n'observe aucune conséquence fâcheuse : pas de croûtes, pas de menace d'ozène. Sans doute il y a toujours un certain inconvénient à détruire l'anatomie de l'endonez, mais d'autre part on s'expose à une catastrophe — la cécité irrémédiable de son patient — en la respectant.

---

# THROMBO PHLÉBITE DU SINUS CAVERNEUX CONSECUTIVE A UNE OTORRHÉE CHRONIQUE RÉCHAUFFÉE (1)

Par **E. HALPHEN**

Oto-rhinologiste des Hôpitaux.

OBSERVATION. — M<sup>me</sup> J..., âgée de 32 ans, mère de 4 enfants bien portants, présente une otorrhée depuis l'âge de 4 ans, otorrhée traitée, améliorée ou aggravée avec les différentes indispositions qu'enfant, jeune fille ou femme, M<sup>me</sup> J... a pu contracter.

La dernière, remonte au 28 février dernier. Tout le monde autour de la malade venait d'avoir la grippe, elle avait soigné 3 de ses enfants et elle ressentait les atteintes du même mal, fatigue, fièvre, céphalée, lorsqu'une recrudescence subite de l'otorrhée droite ancienne, avec grandes douleurs du même côté de la tête, à point de départ auriculaire, inquiétant à juste titre le médecin traitant, mon ami le Dr Spire, lui fit demander un examen auriculaire. J'examinai donc la malade pour la première fois le 28 février et en dehors d'une légère température (38°) que je mis sur le compte de la grippe, je ne vis dans l'oreille rien qui pût faire supposer une complication endocranienne menaçante. L'écoulement auriculaire est bien profus, mais non fétide, et une fois le conduit asséché, on aperçoit les deux tiers de la membrane avec un fond de caisse nullement ostéitique, nullement bourgeonnant, légèrement inflammatoire seulement; la mastoïde est d'ailleurs normale, non douloureuse, non tuméfiée, le cou est souple, comme la nuque. Je prescrivis une thérapeutique locale anodine : bains d'eau oxygénée, et instillations d'alcool boriqué, ne faisant même pas de réserves sur le réchauffement de cette otorrhée par une grippe banale. Les suites immédiates me donnèrent raison. La température tomba le lendemain à 37°, la céphalée disparut, et la malade était décidée à venir me remonter son oreille à mon cabinet, lorsque quatre jours exactement plus tard, dans la nuit du dimanche 4 au lundi 5 mars, survint un épisode qui allait bouleverser tous les pronostics. Au milieu de la nuit M<sup>me</sup> J... est réveillée par le froid. Son mari lui met couvertures sur couvertures, lui donne une infusion chaude qu'elle vomit immédiatement, et le matin, lorsqu'on s'avise de prendre la température, on voit que le thermomètre marque 39°6. La malade accuse une violente hémicranie, du même côté que l'otorrhée.

1. Communication à la Société Française d'O.-R.-L. Congrès de mai 1923.



Rappelé immédiatement, je ne puis que constater les mêmes symptômes qu'à ma dernière visite. Mais troublé par l'élévation si brusque et si formidable de la température, j'interrogeai la malade sur la possibilité d'un frisson, voulant voir dans ce malaise de la nuit le début d'une thrombo-phlébite. Rien dans l'interrogatoire serré, ni dans un examen minutieux de la malade, tant au point de vue de la mastoïde que de la région cervicale ne me permit d'établir un diagnostic précis que je remis au lendemain.

Le lendemain matin, la température était montée à 40°9. et un nouveau symptôme que je constatai immédiatement vint me troubler considérablement. Au niveau de l'angle interne de l'œil droit (de même côté que l'oreille malade) existait une tuméfaction œdémateuse plus que fluctuante, douloureuse à la pression, déplaçant légèrement le globe de l'œil, en avant et en dehors. Au premier aspect, je ne pouvais que penser à une sinusite frontale aiguë, à ces formes fluctionnaires, plus impressionnantes que dangereuses, mais mon ami Spire émettant l'hypothèse d'une phlébite orbitaire, hypothèse que j'écarterais du reste, bien à tort comme la suite le démontra, je demandais une consultation avec mon maître et ami Lemaître, qui vint le soir même.

Or, le soir le tableau a déjà changé un peu. Le gonflement périorbitaire est bilatéral, c'est un œdème palpébral, plus marqué à droite qu'à gauche, une légère exophtalmie et à gauche également, un peu de chémosis, à l'angle inférieur et externe de l'œil. L'œdème palpébral est légèrement douloureux vers la région frontale, mais l'exophtalmie est réductible et non douloureuse. La température est toujours à 49°7, la céphalée et les douleurs faciales aussi vives, et les mouvements de rotation de la tête légèrement douloureux.

Mais il n'existe aucune roideur à proprement parler à la nuque, aucun Kernig, aucun signe de méningite, l'oreille ne présente aucun symptôme nouveau, et Lemaître comme Spire et moi, affirme le diagnostic de phlébite du sinus caverneux, et pose un pronostic fatal de quarante-huit heures de durée.

Aucun traitement chirurgical n'est envisagé. On se contente de prescrire un stockvaccin et le soir même on injecte 5 centimètres cubes de propidon (vaccin de Delbet). Dans la nuit, la malade est assez agitée, mais le cœur, les reins, l'intestin fonctionnent normalement. Le lendemain matin 7 mars, la température est toujours élevée, 41°1 ; la malade est prostrée, demi-consciente, légèrement délirante, et son facies s'est considérablement modifié. L'œdème des paupières est formidable. La paupière supérieure ne peut se relever volontairement, il faut la soulever avec le pouce ce qui provoque des plaintes, et l'écartement des paupières montre un chémosis tellement intense qu'il recouvre tout le blanc et la sclérotique. Les globes oculaires se meuvent dans l'orbite, mais les mouvements sont très limités vers la région temporale. Il semble donc qu'il y ait une parésie des moteurs oculaires externes. La pupille réagit normalement.

De plus, toute la face paraît œdématisée, les joues et les régions temporales élargies, le cou proconsulaire — le menton se continuant sans ligne de démarcation bien nette avec la région thyroïdienne.

La langue est sèche, rôtie, la traction en est pénible, les mâchoires

s'écartent d'ailleurs avec peine, il y a un léger trismus dû sans doute à la névralgie du trijumeau.

La tête est tournée vers l'épaule droite, et l'on ne peut la redresser sans provoquer des douleurs assez vives. Il existe un léger Kernig. Le tableau se précise donc, et il semble que la marche de la phlébite se précipite, comme nous l'avions prévu classiquement.

Cependant nous demandons à notre collègue Magitot de venir examiner les yeux de notre malade et nous décidons à tout hasard de pratiquer une ponction lombaire et une hémoculture.

Magitot vient le soir même, ne peut qu'affirmer le diagnostic de phlébite du sinus caveux, mais l'engorgement des veines papillaires lui paraît incomplet, l'œdème de la papille est de moyenne intensité, la circulation veineuse n'est pas complètement arrêtée. D'autre part, l'ophtalmoplégie externe n'est pas totale. Si le stock vaccin a le temps d'agir, la partie ne lui paraît pas complètement perdue.

Le jeudi 8 mars, la température de 40° le matin tombe à 39° le soir. Est-ce l'effet d'une seconde injection de Propidon pratiquée le matin même trente-six heures après la première? Mais la malade est toujours agitée, parle sans arrêt, avec une lucidité parfaite d'ailleurs, s'intéressant à des détails de son ménage. Une lueur d'espoir renaît et nous pratiquons une ponction veineuse pour hémoculture. Le résultat obtenu au bout de trente-six heures devait nous décourager à nouveau ; il y a des streptocoques dans le sang, en courtes chaînettes, il est vrai, mais avec toutes les réactions des streptocoques hémolytants comme d'ailleurs dans le pus de l'oreille.

La nuit du jeudi au vendredi amène une exagération des symptômes nerveux. Un violent délire s'installe, des visions terribles font crier la malade au secours, elle ne reconnaît plus son entourage. Le pouls monte à 180, nécessitant des injections d'huile camphrée, et nous décidons vendredi matin, en présence d'un Kernig un peu plus net, à pratiquer une ponction lombaire. Le liquide est clair et l'examen cytologique pratiqué par notre ami Bonnet, nous montre la présence de nombreux éléments figurés, 74 par millimètres cubes à la cellule de Nageotte (au lieu de 3 à la normale) avec 45 % de polynucléaires non déformés, 45 % de lymphocytes et 60 % de cellules endothéliales. Il n'y a pas de germe à l'examen direct ni à la cellule. Nous sommes en présence d'une réaction méningée de voisinage, fluxion blanche sans méningite à proprement parler.

Nous pratiquons le soir, une troisième injection de propidon et sur le conseil de notre ami, le professeur agrégé Debré, nous décidons de faire journellement une injection de trypaflavine, matière colorante qui a été conseillée à l'étranger dans les infections streptococciques et employées dans plusieurs cas avec succès. Le soir, la température descend à 39° et le lendemain matin, samedi 10 mars, la malade sort de son demi-coma, de sa torpeur, reconnaît les siens, et les phénomènes oculaires et faciaux entre en régression. La paupière droite s'ouvre spontanément, le chémosis n'est presque plus appréciable, l'œil gauche reste encore fermé par un gonflement très appréciable de la paupière. Le trismus a disparu, les mouvements du cou sont moins douloureux.

Voici donc, au bout de quatre jours d'un traitement par stock-vaccin,

et au bout de deux jours d'un traitement par la trypaflavine, une thrombophlébite du sinus caverneux, dont le diagnostic ne pouvait faire de doute pour personne, qui entre en régression.

A partir de ce jour d'ailleurs, l'amélioration locale a été en progressant jusqu'à disparition complète de tous les symptômes de thrombophlébite caverneuse ; le chémosis de l'œil gauche disparaît d'abord, puis l'œdème palpébral, les deux yeux redeviennent blancs et normaux, la mobilité des globes est totalement récupérée, le trismus n'existe plus et le double menton s'affaisse. On peut dire que le 13, la figure est normale.

Pendant ce temps on fait journellement une injection de trypaflavine, le matin, et une piqûre d'auto vaccin le soir, préparé avec le streptocoque du sang, en commençant par 500, puis 700 millions de germes, puis 1 milliard, 1 milliard 1/2, 2 milliards, 2 milliards 1/2, jusqu'à 3 milliards.

De même que les symptômes veineux ont disparu, les symptômes nerveux se sont amendés, la malade a retrouvé sa lucidité, son sommeil est meilleur, mais à l'agitation a fait suite une phase dépressive et une somnolence entrecoupée parfois de quelques plaintes, reste maintenant la note dominante.

Cependant, la température remonte à 40°9, le samedi 10, à 41° le 11, à 40°8 le 12, avec de légères rémissions matinales.

L'auscultation montre quelques râles aux bases et des douleurs articulaires au coude gauche et au genou droit apparaissent, fugaces d'abord, plus tenaces, au membre inférieur.

Le Dr Debré appelé en consultation ne peut que constater un état septico-pyohémique sans localisations bien nettes ayant fait suite à une phlébite caverneuse d'origine auriculaire.

La chimiothérapie et vaccinothérapie sont continuées, une instillation goutte à goutte intrarectale de sérum glucosé est instituée.

Mais l'état septicémique s'aggrave, la température reste en plateau à 40° et les localisations pyohémiques se précisent. C'est un léger souffle à la base gauche, c'est une grosse arthrite du genou droit, c'est 60 centigrammes d'albumine par litre d'urine. On pratique l'immobilisation du genou dans une gouttière, puis une ponction le jeudi 15 qui ramène du pus franc avec des streptocoques à l'état de pureté, enfin une arthrotomie large sous cocaïne (Dr Cadenat) le vendredi 16.

Malheureusement, la malade, dont le cœur est fatiguée par cette hyperthermie persistante, dont le bulbe trahit la souffrance par une dyspnée *sine materia* ne peut plus faire les frais de cette intervention, et elle succombe dans la nuit du 15 au 16 mars, en pleine connaissance, ayant retrouvé un facies normal, sans traces de la phlébite initiale, première étape de la septicopyohémie généralisée.

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée car les cas de ce genre sont assez rares. Ritter, dans un article récent des *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* ne trouve dans toute la littérature que 79 cas semblables. En compulsant les traités devenus classiques pour nous, de Politzer, Lannois, Luc, Moure, j'ai

trouvé large mention de thrombophlébites du sinus caverneux comme extension au carrefour veineux antérieur d'une infection veineuse postérieure antro-mastoïdienne. Le thrombus né dans le sinus latéral pousse un prolongement au niveau du coude du sinus dans le sinus pétreux supérieur vers le sinus caverneux ou s'il est né plus bas, au niveau du golfe et gagne le carrefour inférieur par le sinus pétreux inférieur. Mais plus rares sont les cas où la thrombose du sinus caverneux est directe, et où l'infection, partie de la caisse, se développe par les veines de l'œil et gagne ainsi le sinus pétreux supérieur, ou bien par les veines du plancher et gagne alors le sinus pétreux inférieur par les veines tympaniques. Dans ces sinus pétreux vaisseaux efférents du sinus caverneux, le cours du sang va de la selle turcique vers le sinus latéral et la jugulaire. Il faut donc pour notre forme que nous appellerons primitive (puisque non propagée du sinus latéral) que l'infection ait remonté le cours du sang.

Mais dans la thrombose caverneuse primitive, consécutive à un furoncle de la lèvre supérieure, à une sinusite frontale ou sphénoïdale, à un phlegmon de l'orbite, l'explication est presque toute naturelle : la veine faciale, l'angulaire, l'ophtalmique conduisent le sang et les germes qui peuvent y être contenus de la face vers le sinus caverneux. Nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion d'observer dans le service de notre Maître le professeur Sébilleau des cas de thrombophlébite du sinus caverneux consécutives à des traumatismes faciaux ou à des sinusites fronto-ethmoïdales. Le tableau était toujours aussi impressionnant, mais plus complet que dans le cas que nous venons de relater, avec une ophtalmoplégie externe et interne, une cécité absolue, une agitation d'origine méningée et la mort survenait en quarante-huit heures, quelque thérapeutique qu'on ait instituée.

Ici au contraire, la stase n'était pas absolue, les mouvements des yeux diminués mais non abolis, la mydriase n'a été observée que d'une façon fugace, la vision n'a jamais paru très troublée.

Par contre, les symptômes généraux ont, dès le début, montré la virulence des germes, la septicémie a même dans le second septenaire dominé le tableau, et c'est par les complications à distance, c'est par l'hyperthermie, c'est par l'infection sanguine totale que la malade a succombé, et non par l'extension encéphalique et méningée, comme il est habituel.

Faut-il voir dans ce résultat l'effet de notre thérapeutique ? Est-ce une indication pour dans un cas semblable agir de même et augmenter les doses de vaccin ou de trypaflavine ?



Il y a là différents problèmes à étudier.

Ritter, dans son article, cite plusieurs cas de guérison (dont le sien) obtenus par une intervention chirurgicale sur le sinus latéral. L'ouverture du sinus latéral amènerait l'expulsion ultérieure du caillot du sinus caverneux par cette voie qui lui est offerte. Si tant est que nous admettions ces explications, il faudrait encore voir dans les cas de Ritter une thrombophlébite propagée secondaire, et non primitive d'origine mastoïdienne et non tympanale comme dans notre observation. Ici aucune intervention n'était à envisager, du moins une fois le diagnostic posé.

Notre malade a présenté d'emblée des symptômes d'obstruction du sinus caverneux avec névralgies violentes du trijumeau et une hyperthermie, dont l'intensité et l'absence de rémission montraient la gravité. Or le stockvaccin de Delbet a semblé arrêter la marche de la phlébite, marche dont nous connaissons la rapidité pour ainsi dire foudroyante. La température de 41° est descendue à 39° dès la seconde piqûre de propidon, mais avec la légère défervescence s'est installé un délire et une confusion mentale qui n'ont cédé qu'à la ponction lombaire pratiquée dès le lendemain. Au stockvaccin fait suite alors la thérapeutique chimique par la trypaflavine. Y a-t-il coïncidence ou effet thérapeutique, la diminution puis la disparition des symptômes de stase veineuse, de compression des troncs nerveux dans le sinus thrombosé (trijumeau, nerfs moteurs de l'œil) font naître un espoir que l'hémoculture positive modère cependant d'autre part.

La dose de trypaflavine aurait-elle dû être doublée, les localisations pyohémiques auraient-elles pu de ce fait être évitées ? Nous ne pouvons répondre, mais ce que nous pouvons affirmer c'est que l'autovaccin pratiqué à partir de ce moment n'a plus aucune influence. Si localement la partie était gagnée, la multiplicité des foyers pulmonaires, rénaux, articulaires, faisait prévoir l'issue malheureuse de la maladie.

Reste enfin la question d'une thérapeutique préventive. Fallait-il à la première élévation de température, aux premières douleurs hémicraniennes, alors que l'oreille par la recrudescence de son écoulement montrait que l'infection s'était nettement localisée dans la caisse, pratiquer un évidement ? Ce serait dire que toute otorrhée réchauffée devrait être opérée et dans le cas présent une intervention n'aurait-elle pas risqué de déclencher la complication veineuse à laquelle on ne pouvait raisonnablement pas penser ?

## RÉSULTATS DES ANTRO-ATTICOMIES PARTIELLES

Par le professeur **CASTELLANI** (*Milan*).

---

Depuis quelques années et surtout grâce aux otologistes français, l'antro-atticotomie totale ou évidemment pétro-mastoïdien, ou cure radicale, gagne chaque jour du terrain.

L'antro-atticotomie partielle, encore appelée radicale conservatrice ou trépanation mastoïdienne élargie fut préconisée en 1904 par HEATH pour la cure des otites moyennes purulentes chroniques dont l'état des lésions et les troubles fonctionnels réunissent certaines conditions spéciales. MAHU la fit connaître en France, l'appliquant sur une vaste échelle. Enfin SOURDILLE en 1913 en précisa la technique et les indications.

Comme l'indique la dénomination, l'antro-atticotomie partielle consiste en une radicale incomplète, et comprend, suivant la technique de SOURDILLE les temps suivants :

1°. Incision et préparation des parties molles.

2°. Ouverture de l'antre.

3°. Ouverture de l'aditus ad antrum et de l'attique après décollement et section transversale du conduit cartilagineux au niveau de sa jonction avec le conduit osseux. Ensuite abrasion des parties postérieure et supérieure du conduit osseux jusqu'à 3 millimètres, respectivement de l'anneau tympanique et de la cavité de l'attique.

4°. Résection du mur de la logette.

La portion inférieure de la caisse tympanique, la membrane tympanique, les osselets sont ainsi respectés et conservent leurs fonctions. C'est par conséquent une opération qui trouve ses indications dans ces formes où les organes tympaniques ne sont pas altérés ou le sont de façon si limitée qu'il est possible de les conserver.

Entrée dans la pratique otologique comme intervention directe contre les otorrhées chroniques, l'antro-atticotomie partielle

trouve peu à peu ses indications dans d'autres lésions de l'oreille moyenne; certains auteurs, parmi lesquels HEATH lui-même l'adoptent comme intervention de choix dans toutes les otites purulentes chroniques, partant de cette conception, basée sur de nombreuses observations, qu'il s'agit presque toujours de lésions de l'antre et de l'aditus et par conséquent de lésions justiciables de l'antro-atticotomie. C'est là une exagération.

REVERCHON et WORMS, rapportant à la Société parisienne d'otorhino-laryngologie les résultats de quelques interventions, concluent qu'avant d'établir l'indication de l'antro-atticotomie partielle dans les otorrhées de longue date, il est nécessaire de déterminer exactement la localisation des lésions à l'antre, à la portion externe de l'attique et de l'aditus. Cela ne peut se faire qu'après une période que les auteurs appellent période de preuve, d'une durée d'un mois environ pendant laquelle les traitements locaux, et en particulier l'extraction des polypes, sont seuls autorisés.

L'examen fonctionnel a également une importance considérable dans les indications opératoires. Plus la fonction est bonne, plus se précise l'indication de la radicale conservatrice.

REVERCHON et WORMS, ayant constaté des améliorations fonctionnelles alors que l'épreuve de GELLÉ avait montré la rigidité de la chaîne des osselets, pensent qu'on peut intervenir également dans ces cas, contrairement à l'opinion de LERMOYER qui tient pour indispensable l'intégrité des mouvements de la chaîne des osselets. Les auteurs concluent également qu'il n'est pas toujours nécessaire de réséquer l'anneau tympanique, si les lésions sont surtout adito-antrales; quant aux résultats fonctionnels, ils furent en général très satisfaisants dans tous les cas opérés. Au point de vue guérison du processus suppuratif, la cure partielle s'est montrée plus lente que la radicale. En résumé l'antro-atticotomie dans les otorrhées chroniques, devrait être considérée comme un moyen terme entre le traitement chirurgical conservateur par les voies naturelles (l'ossiculotomie) et la cure radicale d'antro-atticotomie totale. C'est une intervention qui, comme l'affirme Sourdille, n'élimine pas le foyer d'infection, mais transforme anatomiquement la région de façon à créer des conditions anatomo-physiologique propres à faciliter la guérison spontanée.

Mais, face à ces auteurs, partisans de l'antro-atticotomie partielle dans les orrhées chimiques, s'en trouve un certain nombre, peu favorables, sinon tout à fait hostiles à cette intervention.

*Escat*, dans son traité classique de technique oto-rhino-laryngologique, au chapitre « attico-mastoïdite aiguë » dit textuellement : « Nous désignons ainsi la mastoïdite secondaire à une otite épitympanique aiguë et souvent prolongée ; l'attique peut-être dans ce cas le foyer principal de la rétention purulente. Les mastoïdites de cette catégorie peuvent nécessiter une antro-atticotomie radicale mais dans la plupart des cas une *trépanation mastoïdienne suffit*. En effet quand il a la certitude que des antécédents otorrhéiques n'existent pas et qu'antérieurement aux accidents actuels, le sujet jouissait de l'intégrité de l'audition, l'opérateur a le devoir de respecter les organes tympaniques. » Et plus avant, parlant de « l'attico-antrotomie conservatrice de Mahu » il dit que ce procédé diffère du procédé classique (antro-atticotomie complète) par cette seule particularité qu'il respecte les osselets et la portion tendue de la membrane tympanique reconnus sains, diagnostic bien délicat au cours de l'antro-atticotomie ! D'après lui ce procédé ne peut être en aucun cas classé comme procédé de cure radicale proprement dite.

Comme on le voit par ces quelques citations, l'intervention en question est assez discutée ; ses indications pratiques ne trouvent pas faveur unanime parmi les otologistes.

Il m'est arrivé d'avoir recours à elle en plusieurs circonstances. Aussi me paraît-il opportun d'en rapporter les résultats obtenus, à titre de contribution clinico-opératoire. Je dirai tout de suite que je n'ai pas pratiqué dans tous les cas l'intervention suivant la technique classique de *Sourdille*, mais me suis laissé guider par les données de l'examen objectif et plus encore par les lésions rencontrées peu à peu au cours de l'intervention.

OBSERVATION I. — S. Maria. 24 ans. Femme de chambre, nubile, s'est présentée pour la première fois à ma consultation en mars 1920, accusant des douleurs à l'oreille gauche, accompagnées de céphalée à type hémicrânien. Otorrhée depuis l'enfance, à la suite d'une scarlatine. Elle fut examinée il y a plusieurs années, et depuis se soigne irrégulièrement par des lavages. A l'examen on constate : région mastoïdienne d'aspect normal, sécrétion purulente peu abondante ; le conduit détergé, on aperçoit une large perforation du tympan dans le quadrant postéro-inférieur. Une granulation volumineuse obstrue presque complètement l'orifice, où d'ailleurs elle s'implante supérieurement. Cette granulation extraite on trouve une muqueuse tympanique intacte (examen au stylet) ; pas de carie osseuse. Tamponnement. Je continue les pansements secs quotidiens pendant une vingtaine de jours jusqu'à ce que l'otorrhée soit tarie. La voix chuchotée étant perçue à 2 mètres, j'excuse la malade.

Au bout de deux mois, elle se représente accusant à nouveau des



douleurs auriculaires et mastoïdiennes irradiées à tout l'hemi-crâne, apparues sans cause apparente depuis quatre jours. A l'examen on constate une infiltration de la région mastoïdienne, peu douloureuse à la pression (antre et pointe). Le conduit est légèrement rétréci, le tympan rouge, sans granulation ; il y a un peu de pus dans la caisse. Je fais un traitement local ; mais au bout de trois jours, l'œdème mastoïdien s'étant accusé ainsi que la sténose du conduit et les douleurs spontanées, je décide une intervention chirurgicale. Etant donnés la symptomatologie et l'évolution clinique je diagnostique une otite muqueuse suppurée compliquée d'adito-antrite et me propose de faire une cure radicale.

7. Juill. 1920. Opération sous chloroforme. Ouverture d'une large brèche mastoïdienne. Mastoïde épaissie, à petites cellules sans pus et sans végétations. On ouvre l'antre, il est plein de fongosités qui sont curettées. La paroi postérieure du conduit démolie, on découvre l'aditus également fongueux. Ne rencontrant aucune lésion importante dans la caisse on ne touche pas aux osselets. Pansements quotidiens dans les deux premières semaines, puis tous les deux jours jusqu'à guérison qui survient deux mois après l'intervention.

Comme on le voit, cette opération n'a pas été une cure radicale. En effet l'état de la caisse, de sa muqueuse, du tympan et des osselets, l'acuité auditive relativement bonne m'interdisaient d'étendre l'intervention à la paroi externe de l'attique d'enlever les osselets, de détruire le tympan et partant de diminuer de façon marquée l'acuité auditive.

Je n'ai pas suivi, dans l'opération, la technique de *Sourdille* pour la radicale partielle. En effet je n'ai pas isolé le cadre tympanique, ce temps opératoire me paraissant tout à fait inutile.

Bref, j'ai pratiqué une antroaditotomie, limitant l'acte chirurgical aux régions atteinte fonctionnellement et objectivement avant et après l'intervention. La malade guérie en un temps relativement court, en comparaison de la radicale totale et même des différentes radicales partielles, où il faut compter jusqu'à six et sept mois.

OERVATION II. — G... Eugène 30 ans, tailleur, se présente à la consultation en février 1922, accusant toute la symptomatologie d'une otite moyenne aiguë gauche. Fièvre, douleurs. A l'examen on constate en effet tous les signes cliniques d'une otite moyenne aiguë purulente avec perforation dans le quadrant antéro-inférieur, avec otorrée abondante, et retentissement assez marqué à la mastoïdes. Cet état reste stationnaire pendant une semaine puis les symptômes s'amendent et le malade cesse ses visites. Au bout de quinze jours il revient, avec de la céphalée et des douleurs fugaces dans l'oreille. Le tympan est simplement hyperémié, et sa perforation cicatrisée. La pression mastoïdienne ne donne pas de douleurs. Revu un mois après, le malade présente une céphalée violente, pulsatile, une légère élévation thermique, de l'insomnie et de l'inappétence. Le tympan est

à peine hyperémie, la peau mastoïdienne est infiltrée; la pression y est très douloureuse, le pavillon est légèrement détaché, pas de vertiges. Je revois le malade au bout de deux jours, température 38°5, douleurs violentes locales et hémicrâniennes, œdème mastoïdien tendant à s'étendre vers la région cervicale; les téguments sont légèrement tuméfiés. — Pouls : 94. Pas de frissons. Je décide d'intervenir chirurgicalement, pensant qu'il s'agit d'antérite mastoïdienne réchauffée. Le malade entre à la clinique, est opéré le jour suivant sous chloroforme. La corticale externe mastoïdienne est largement détruite sur une étendue d'une pièce de cinq centimes. Une masse cholestéomateuse affleure à la surface. J'élargis la brèche, vide la cavité du bloc cholestéotomateux, et pousse postérieurement jusqu'au sinus latéral, qui apparaît normal, non pulsatile. En avant, les lésions me mènent facilement à l'antre, qui est large, et envahi par le cholestéatome. Je détruis la paroi postérieure du conduit, découvre l'aditus et pénètre dans la caisse. J'ai l'intention de faire une radicale totale, mais voyant que la caisse ne présente pas de lésions, qu'après curetage minutieux l'os paraît normal, me rappelant aussi que l'acuité auditive était encore bonne, et qu'aucun symptôme grave n'existait, je décide de limiter l'intervention, quitte à réintervenir ensuite devant un fait nouveau. Je tamponne la cavité à la gaze iodoformée et je suture les deux tiers supérieurs de la plaie cutanée. Les suites opératoires sont excellentes. Le jour même de l'intervention la température tombe à 37° et s'y maintient ensuite. Les douleurs locales et la céphalée disparaissent, peu à peu les forces reviennent, et le malade peut reprendre son travail, complètement guéri au bout de trois mois.

Dans ce cas aussi, l'opérateur s'est laissé guider par les lésions; on a arrêté les dégâts là où les organes étaient sains anatomiquement et fonctionnellement. Cette observation est également fort intéressante par la présence du bloc cholestéatomeux développé insidieusement dans la mastoïde et l'antre et laissant intacte la membrane tympanique. Ce cholestéatome avait pu se développer dans l'antre, son premier foyer et gagner la corticale externe, usée largement, sans symptômes jusqu'au moment de l'entrée à la clinique.

Il me semble nécessaire d'insister sur l'acte opératoire : Le cholestéatome de l'autre mastoïdien est, en principe, une des indications principales de la cure radicale totale. Nous n'en avons pas moins limité l'intervention à l'antre et à l'aditus, conservant aussi presque complètement la fonction. C'est là un fait nouveau en faveur de la radicale partielle ou mieux de la mastoïdo-antrotomie élargie. Celle-ci n'en implique pas moins certaines conditions cliniques et anatomopathologiques, précisément celles rencontrées dans mon cas, et peuvent se présenter assez fréquemment.

OBSERVATION III. — B... Louis 42 ans. Se présente à ma consultation à la fin d'octobre 1922. Raconte qu'à la suite d'une grippe il eut des douleurs à l'oreille droite ; une température modérée (37,5, 38°) de l'insomnie, une céphalée légère, de l'inappétence et de la lassitude. A l'examen objectif on constate un tympan très hyperémié, légèrement saillant, une mastoïde douloureuse à la pression et à la percussion sur toute son étendue. Je pratique, séance tenante, une paracentèse du tympan ; il s'écoule tout de suite un liquide séro-hématique. Pansement à la gaze. L'amélioration suit et persiste pendant les 5 premiers jours, mais ensuite les symptômes précités réapparaissent plus violents. La suppuration a diminué, la fièvre également (37,5 maxima) mais les douleurs d'oreilles sont plus intenses, la région mastoïdienne, douloureuse à la pression sur toute sa surface, est légèrement œdématisée.

Je propose une intervention chirurgicale acceptée par le malade, qui veut la reculer de deux ou trois jours pour régler ses affaires. Mais le lendemain il revient me voir se plaignant de douleurs très violentes, continues, à l'oreille et à la tête, qui interdisent tout repos. Pas de fièvre, mais aspect très déprimé, pas de vertiges mais équilibre instable, particulièrement durant la marche qui est chancelante, ataxique, presque ébrieuse, déviation à droite dans la marche en avant, yeux fermés ; la marche en arrière est impossible. Pas de nystagmus spontané, mais à la suite d'une courte rotation (4 tours) apparaissent de violentes secousses oculaires, à forme normale. L'examen du système nerveux ne décèle aucune altération, aucun symptôme de compression cérébrale ; aucun trouble méningé. Pouls : 80. Le tympan est hyperémié, infiltré au niveau de la paracentèse ; le conduit, est rétréci, la mastoïde tuméfiée. Le malade entre tout de suite à la clinique ; il est opéré le matin suivant.

Intervention sous morphine et chloroforme. Ouverture de la corticale mastoïdienne sous laquelle les cellules sont pleines de pus verdâtre. L'antre est fongueux, on le curette soigneusement. De la voûte de l'antre, en travaillant avec la curette, on est conduit dans la fosse cérébrale moyenne, sur la dure-mère où l'on enlève avec précaution quelques végétations fongueuses. Je procède ensuite à l'aditotomie et à l'atticotomie suivant la technique de *Sourdille*, laissant en place les organes tympaniques et le cadre tympanique. Puis j'inspecte le sinus latéral, que je découvre et qui apparaît normal, mais je constate de ce côté un trajet fistuleux qui me conduit dans la fosse cérébelleuse. Les méninges y sont saines. Je termine l'opération par une plastique cartilagineuse du conduit (méthode de Panse) et je tamponne. Suites opératoires excellentes. Les douleurs disparaissent rapidement. La malade se lève au bout de 6 jours : marche normale. Au bout d'un mois je laisse fermer la plaie et continue la médication par le conduit. Guérison en trois mois. Ouïe normale.

OBSERVATION IV. — C. Bruno, 4 ans. Se présente à ma consultation en février 1923. A la suite d'une otite aiguë elle fut opérée un an auparavant de mastoïdotomie gauche. Depuis, l'otorrhée n'a jamais cessé et la plaie mastoïdienne ne s'est jamais complètement fermée ; il existe un petit orifice fistuleux d'où sort un peu de pus. A l'examen otoscopique on constate : un conduit sténosé, sans dépression postéro-

supérieure, un tympan infiltré, hyperémié, une petite perforation entre les 2 quadrants postérieurs. Les bords de l'orifice sont fortement irrités, rouges et œdématisés. L'examen de la caisse au stylet ne révèle rien de notable. Dans la région mastoïdienne existe une dépression circulaire, large de 1 centimètre et profonde d'autant au niveau de la projection antrale. Cette dépression est causée par la précédente intervention. Au centre de l'excavation, existe un petit pertuis à bords infiltrés d'où sort du pus. Le stylet pénètre dans une petite cavité à parois rugueuses ; cette manœuvre provoque une petite hémorragie. Etant donné cet examen (lésion osseuse active au niveau de l'antre et de l'aditus) je propose une seconde intervention, c'est-à-dire la cure radicale totale.

INTERVENTION : narcose à l'éther, élargissement de la brèche osseuse préexistante, ce qui permet d'ouvrir les cellules hautes de la mastoïde, pleines de fongosités. Ouverture de l'antre, également fongueux, de l'aditus et abrasion de la paroi postérieure osseuse du conduit. A ce moment je dois interrompre l'intervention devant un incident de narcose. Je tamponne, panse le jour suivant, puis tous les 2 jours. Je constate qu'il n'y a plus de sécrétion purulente par le conduit, et cela me permet de surseoir à une autre intervention ; je fais sortir la malade de la clinique et continue les pansements à domicile. Peu à peu la cavité opératoire se comble de granulations louables et se cutanise rapidement, la sécrétion disparaît complètement. Deux mois après l'opération la guérison est totale. L'ouïe est diminuée de moitié. La cavité mastoïdienne sera plus tard fermée par une des plastiques ordinaires.

Dans cette intervention, on a limité l'acte opératoire à l'élargissement de la mastoïdo-antrotomie ; on a fait une mastoïdoantroaditotomie. Il s'agissait d'une récurrence, et une cure radicale complète paraissait indiquée. Mais l'incident narcotique ayant arrêté l'intervention, on s'est contenté d'une radicale partielle ; on a pu constater ainsi que celle-ci était suffisante, plus avantageuse au point de vue des suites opératoires (cicatrisation plus rapide qu'à l'ordinaire) et de l'acuité auditive (relativement assez bonne).

Des différents cas rapportés on doit donc conclure que l'antro-atticotomie partielle de *Sourdille*, et l'antro-aditotomie ou mastoïdotomie élargie, sont des opérations qui méritent d'être plus fréquemment pratiquées.

Il ne faut pas évidemment en exagérer l'application, comme on l'a fait en Amérique, où elle tend à remplacer la radicale complète, même dans les cas où les lésions intéressent les organes tympaniques. La destruction des osselets implique l'évidement large non seulement pour guérir le processus purulent, mais aussi pour écarter les complications les plus graves. On ne comprend pas non plus la cure radicale partielle dans les cas



où l'acuité auditive est très diminuée, parfois même abolie. On ne saurait non plus la considérer comme d'exécution plus facile. Il ne s'agit pas seulement de respecter les organes endotympaniques, mais aussi, et c'est là la manœuvre délicate, de laisser intact le cadre tympanique ; il n'est point toujours aisé d'abattre isolément le mur de la logette, sans intéresser les ligaments malléolaires et la chaîne des osselets.

Je crois, comme *Escat*, que lorsque la caisse est profondément lésée, l'attique touché, les osselets cariés, avec végétations abondantes et récidivantes après leur extraction, l'unique opération indiquée pour juguler le foyer infectieux, et supprimer sa propagation à des cavités anatomiquement et fonctionnellement plus importantes, est la *radicale totale* : On aura recours à la radicale partielle quand on aura la certitude que le foyer infectieux siège dans l'antre, et dans l'aditus ou dans la partie supérieure de la paroi externe de la caisse, l'acuité auditive étant encore assez marquée, ou susceptible de s'améliorer.

Enfin dernière considération d'ordre pratique : Il n'est pas toujours nécessaire d'appliquer strictement la technique de *Sourdille*, qui n'en reste pas moins l'auteur le plus familiarisé avec la radicale partielle, et qui en a étudié le mieux les indications et la méthode. — L'ouverture large de l'antre et de l'aditus est le plus souvent suffisante, dans les conditions ci-dessus rapportées, pour assurer une bonne détersion des cavités paratympaniques, et vaincre le processus inflammatoire. Nous avons vu un cas de cholestéatomie diffusé dans toute la mastoïde et dans l'antre, qui bien qu'opéré par radicale partielle et avec le minimum de dommages fonctionnels a guéri parfaitement.

Nous avons vu aussi un autre cas, dans lequel le processus inflammatoire avait commencé à pénétrer dans les fosses crânienne moyenne et postérieure, guérir par la simple antro-adiotomie.

Ces exemples donc me paraissent suffisants pour préconiser la radicale partielle, qui, outre les autres avantages énumérés précédemment, à celui d'écourter les suites opératoires. A ce sujet mes résultats ne concordent point avec ceux d'autres auteurs, Reverchon et Worms par exemple, qui ont eu des guérisons retardées. Mes opérés ont été guéris dans une période à peine plus longue que celle réclamée par l'antrotomie simple.

Traduit par LAPOUGE.

---

# FAITS CLINIQUES

---

## ABCÈS DU CERVEAU D'ORIGINE OTIQUE TRAITEMENT PAR L'EXCLUSION DES ESPACES SOUS-ARACHNOIDIENS

(TECHNIQUE DE FERNAND LEMAITRE); GUÉRISON

Par le Dr **ANTONIO ZAMBRINI**

Professeur suppléant d'Oto-Rhino-Laryngologie à la Faculté de Buenos-Ayres.

---

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, R. L..., sans antécédents héréditaires, mais qui, à la suite d'une lésion du genou droit, datant de sa naissance, dut subir une opération dont il garda une ankylose; dans son enfance, il eut la rougeole, des angines à répétition et un écoulement d'oreilles dont il ignore exactement la date de début, car il n'en n'a jamais souffert; il ne s'est jamais traité; tout au plus se rappelle-t-il avoir fait d'une façon très irrégulière, des instillations d'eau oxygénée.

En février 1923, pour la première fois, le malade ressentit dans l'oreille gauche une douleur très vive, qui empêcha le sommeil pendant une quinzaine de jours; aussi se décida-t-il à venir consulter à son arrivée à Buenos-Ayres. Non seulement il se plaignait de douleurs très intenses, mais sa température était assez élevée et il accusait à gauche une certaine pesanteur avec céphalée.

Ces deux symptômes ne firent que s'accroître pendant plus d'une semaine et s'accompagnèrent d'une tendance invincible au sommeil, d'affaiblissement extrême, d'amaigrissement rapide.

Devant cet état permanent de demi-sommeil, d'abattement extrême auquel s'était ajouté une tendance au vertige, sans toutefois ni nausées, ni vomissements, ni troubles oculaires, on se décida à amener le malade à la clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie de la faculté où le Dr Marengo, chef de clinique, l'examina; il le trouva sans connaissance.

A mon tour, je l'examinai: il était dans le coma avec raideur de la nuque, contracture des membres; sa face était pâle, perlée de sueurs; son pouls très lent battait aux environs de 40 pulsations à la minute; sa température était de 38, enfin il avait du relâchement des sphincters.

En présence de ces symptômes rapprochés de l'écoulement de l'oreille gauche avec vieilles lésions évidentes de carie de l'attique,

un seul diagnostic venait à l'esprit : abcès cérébral d'origine auriculaire.

L'opération fut faite le jour même, le 21 mars 1923, sous anesthésie au chloroforme ; aidé par mon chef de clinique le Dr Marengo, je pratiquai un évidement pétro-mastoïdien ; je constatai une carie très accentuée du toit de l'antre et du toit de la caisse du tympan, qui amenèrent sur une large plaque de pachyméningite.

L'évidement fut fait aussi large que possible, abrasion des parois externes de l'aditus et de l'attique qui étaient en grande partie nécrosées, curettage soigneux de la caisse, abrasion de tout le toit de la caisse et de l'antre. Ceci fait je désinfectai à la teinture d'iode la dure-mère qui était épaissie, fongueuse, de couleur rouge foncé et je pratiquai plusieurs ponctions à l'aiguille de Pravaz ; à la troisième, je ramenai une goutte de pus.

Adoptant la technique préconisée par Fernand Lemaître, j'introduisis alors à travers l'orifice méningé de ponction, une toute petite sonde cannelée, ce qui permit d'évacuer lentement environ deux cuillerées à café d'un pus épais, jaune roussâtre, d'odeur fétide, qui jusqu'à la fin sortit sous une assez forte pression. Lorsque j'eus l'impression que la majeure partie du pus était évacuée, je substituai à la sonde cannelée un drain en caoutchouc rigide que je glissai exactement au même endroit. Telle fut toute l'intervention ; pas de plastique, pas de réduction de la brèche opératoire qui était d'ailleurs assez petite.

Vingt-quatre heures après cette intervention, un drain, d'un calibre plus élevé est mis en place.

Le deuxième jour, nouvelle substitution du drain ; on passe à un calibre plus gros.

Bientôt, le pansement ne fut fait que tous les deux jours et j'arrivai sans grande difficulté, à mettre en place, un gros drain, d'environ 2 centimètres de diamètre.

*Cliniquement*, pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'opération le malade fut très agité, en proie à un violent délire, il ne reconnaissait personne ; par contre sa température était peu élevée et son pouls de 39 pulsations était passé à 90 la nuit même de l'opération, et se maintint à cette fréquence.

Du cinquième au huitième jour, l'état cérébral du malade revint à la normale : l'aphasie, l'amnésie, la cécité verbale et l'agraphie disparurent successivement.

Les symptômes généraux s'atténuèrent également peu à peu ; la céphalée, la fièvre s'apaisèrent ; le seul symptôme, qui persista pendant un certain temps, fut un certain degré de torpeur intellectuelle.

Les suites opératoires furent normales ; au neuvième jour le drain était enlevé.

Je revis le malade deux mois après l'intervention ; la guérison opératoire était complète ; à signaler cependant une légère sécrétion de la caisse ; le poids avait notablement augmenté, le sommeil était parfait, la céphalée avait totalement disparu, aussi le malade avait-il repris sans la moindre difficulté, ses occupations de dactylographe. J'ai pu examiner ce malade il y a quelques jours ; la caisse est tout à fait sèche ; son état général est excellent.

# UN CAS DE PARALYSIE DU RÉCURRENT DROIT DUE A UNE COMPRESSION PAR ANÉVRISME DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE, SURVENUE CHEZ UNE FEMME PORTEUSE D'UNE VOLUMINEUSE TUMEUR DU CORPS THYROÏDE

Par **DUTHEILLET DE LAMOTHE** (*Limoges*)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Chef du service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôpital général.

---

M<sup>me</sup> R..., 51 ans est une personne de forte corpulence. Directrice d'une importante école, c'est une femme remarquablement intelligente, exposant son cas avec une très grande précision, et un luxe de détails par moments excessif.

Depuis l'âge de quinze ans elle est porteuse d'une tumeur du corps thyroïde étiquetée goitre. Cette tumeur atteint actuellement le volume d'une orange. Elle occupe le lobe droit de la glande, et paraît être de nature kystique. Elle aurait augmenté de volume ces temps derniers, sans toutefois que cette augmentation inquiète la malade ou son entourage.

D'une façon générale et bien qu'elle se plaigne de nombreux malaises, M<sup>me</sup> R... paraît s'être assez bien portée. A noter toutefois des palpitations et de la dyspnée d'effort, mises sur le compte de l'obésité. Une analyse d'urines faite dernièrement n'a rien révélé d'anormal.

Mais depuis quelques jours, et sans cause apparente, est apparu un enrouement, résistant aux petits modes de traitement mis en œuvre et au sujet duquel M<sup>me</sup> R..., vient nous consulter.

Malheureusement, les réflexes pharyngés de cette grande nerveuse sont tellement accusés, qu'à un premier examen, malgré un badigeonnage à la cocaïne-héroïne, je ne parviens pas à voir nettement les cordes. Je ne fis que les entrevoir au milieu d'efforts, de nausées intenses, dans des conditions où il m'était impossible de me rendre compte de leur mobilité. Elles me parurent saines, et croyant avoir affaire, vu la profession de la malade, à un simple surmenage laryngé, je prescrivis un traitement *ad hoc* dont la cure de repos devait constituer la principale indication.

Trois semaines après, M<sup>me</sup> R..., me demandait un nouveau rendez-vous : loin de s'améliorer, son état n'avait fait que s'aggraver, l'enrouement étant maintenant très accentué et continu. Instruit par l'expérience, je la convoquai non à mon cabinet mais à ma maison de santé, et prescrivis la même préparation que si elle devait subir une opération laryngée : 4 grammes de bromure la veille en potion et piqure de pantopon une heure avant l'examen. Je dus en outre pour



pouvoir voir distinctement le larynx, cocaïner à fond la base de la langue et l'épiglotte.

Ceci fait je constatai que la corde droite était complètement immobile en position cadavérique. Les cordes étant de par ailleurs blanches et parfaitement saines, le diagnostic de paralysie récurrentielle droite s'imposait.

Restait à en déterminer la cause : à *priori*, seule une compression du nerf au niveau du cou, pouvait produire une semblable paralysie. Or l'existence d'un très gros kyste du corps thyroïde prédominant précisément du côté droit semblait pour cette fois simplifier jusqu'à l'évidence ce problème souvent si délicat.

Je posai donc le diagnostic de paralysie récurrentielle droite due à une compression du nerf par la tumeur préexistante du corps thyroïde, et commis même l'imprudence de parler à la malade de la nécessité probable d'une intervention, ce qui ne manqua pas de provoquer chez elle une crise violente de désespoir.

Certaines anomalies me préoccupaient toutefois, malgré l'évidence apparente de la relation de cause à effet entre la tumeur et la paralysie : les tumeurs bénignes déterminent rarement des compressions nerveuses et rien ne me permettait de penser que le kyste bien limité et parfaitement mobile que ma main mobilisait aisément sur les plans profonds subissait une transformation maligne. On sait en effet que le premier signe de cette transformation est la disparition de cette mobilité tant à l'examen que dans les mouvements de déglutition. En outre au niveau du cou et un peu de la moitié correspondante de la face, la peau présentait une coloration d'un rouge intense, absolument comme s'il existait une collection suppurée sous-jacente, et contrastant avec l'absence de tout autre symptôme d'infection. Je pensai que cette rougeur devait être le résultat d'une compression du sympathique, bien que les pupilles fussent égales et que la tachycardie existante s'expliquât aisément par le basedowisme fruste dont souffrait manifestement la malade.

Je demandai à M<sup>me</sup> R..., de se soumettre à un examen radiologique. Les résultats de cet examen furent tels que je crus devoir le compléter par une radiographie. Celle-ci faite par le D<sup>r</sup> Bruneau de Laborie, donna les résultats suivants :

Transparence pulmonaire normale. L'ombre aortique est légèrement augmentée dans sa largeur et animée de battements exagérés. Sa portion ascendante est surmontée d'une ombre volumineuse correspondant à la projection du tronc brachio-céphalique et présentant de violentes pulsations qui ne sont pas exactement synchrones avec les

battements de la portion ascendante de la crosse aortique, mais ont une légère avance sur ceux-ci. Le décalage est faible et difficilement appréciable, on peut cependant le mettre en évidence par une observation attentive et au moyen d'un petit diaphragme. Dans la portion oblique, l'ombre aortique ne paraît pas augmentée de volume car elle n'empiète pas anormalement sur l'espace clair médian.



Il s'agit donc en définitive d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique, comprimant le récurrent au moment où sa cross: sous-croise l'origine de la sous-clavière droite.

Cette observation m'a paru digne d'être publiée car elle montre.

1° Combien il est important chez les malades à réflexes très intenses de ne jamais porter de diagnostic avant d'avoir pu voir le larynx au repos après cocaïnisation aussi complète qu'il sera nécessaire pour obtenir un silence pharyngé absolu.

2° En cas de paralysie récurrentielle, même quand la cause de la compression du nerf paraît évidente, il faut toujours faire un examen radioscopique du thorax, et attendre les renseignements fournis par celui-ci pour proposer un mode de traitement quelconque.

*Travail de l'Institut Pathologique de Genève.*

(Professeur MAX ASKANAZY)

---

## L'HÉMORRAGIE MORTELLE ARTÉRIELLE DANS LE CANCER

Par le Dr **H. MANTCHIK**

Premier Assistant à la Policlinique Oto-Rhino-Laryngologique  
de l'Université de Genève.

Service du professeur AMÉDÉE PUGNAT

---

La fréquence des hémorragies dues aux néoplasies malignes est un fait banal et d'observation quotidienne ; par contre, le mécanisme de l'hémorragie et les conditions qui le mettent en jeu sont encore peu connues ; les traités classiques passent même sous silence la pathogénie des hémorragies mortelles qui surviennent dans le cancer. Depuis Cruveilhier on admet que les cancers entraînent souvent la production de graves hémorragies, souvent occultes, mais très rarement celle d'hémorragies foudroyantes ; c'est que les gros vaisseaux artériels, grâce à leur solide paroi, qu'animent des pulsations se laisseraient exceptionnellement envahir par le néoplasme ; tantôt ils sont oblitérés par une endartérite analogue à celle de la tuberculose, et ils persistent alors au sein des tissus cancéreux, tantôt ils sont envahis par les cellules cancéreuses, auquel cas une réaction se produit, analogue à celle provoquée par les thromboses, qui a pour effet d'oblitérer la lumière vasculaire au moyen de tissu conjonctif néoformé. Néanmoins, les hémorragies mortelles dans le cancer par ouverture d'un gros vaisseau ne sont point rares. C'est ainsi qu'on a observé 4 cas en peu de temps (deux ans et demi) (1), à la clinique chirurgicale de Genève. L'un d'entre eux qu'à l'instigation de M. le professeur Askanazi, nous avons étudié au point de vue

1. Kœchlin. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1921.

anatomo-pathologique, afin d'élucider la question de la nature des processus histologiques dont le dernier terme est l'hémorragie, concerne un malade, entré à la clinique chirurgicale, pour une affection de la gorge, accompagnée de dysphagie intense, et qui présenta brusquement une hémorragie, maîtrisée au bout d'une demi-heure. Le lendemain l'hémorragie se reproduisit avec une telle intensité que la mort s'ensuivit, à la suite de la pénétration du sang dans les voies respiratoires.

A l'autopsie, les organes du cou présentaient les particularités suivantes : dans le sinus pyriforme gauche, il existait un grand ulcère cratériforme à bord relevé, de 5 centimètres de longueur, 3 centimètres de largeur et de 2 centimètres de profondeur. Les bords en étaient durs comme du cartilage, le fond recouvert de caillots sanguins. Au fond de l'ulcère, l'artère thyroïdienne supérieure gauche était largement ouverte. L'ulcère arrivait jusqu'à la terminaison supérieure du pli ary-épiglottique et descendait jusqu'au niveau de la moitié du cartilage cricoïde. Dans la glotte et dans toute la trachée ainsi que dans les deux bronches, caillots sanguins.

A la loupe, l'artère présentait une lumière partout béante, entourée d'une infiltration carcinomateuse. Cette infiltration était presque continue du côté de la perforation, tandis qu'elle était insulaire et en foyers circonscrits de l'autre côté du vaisseau, où elle était entourée d'un tissu conjonctif flasque, sans foyer pathologique. On constatait, en même temps, que la lumière du vaisseau était dilatée à l'endroit de l'ouverture pathologique, sous la forme d'une dilatation anévrysmale.

A un faible grossissement, les nodules carcinomateux isolés laissaient apercevoir au milieu d'un tissu conjonctif épaissi et assez riche en cellules fusiformes, tout un réseau de traînées épithéliales, d'une largeur variée ; les nids épithéliaux, un peu écartés du stroma fibreux, présentaient les éléments d'un épithélium pavimenteux stratifié.

En examinant la préparation de la périphérie vers le centre, on constate en premier lieu des cellules cylindriques ou cubocylindriques, puis des cellules plus grandes et aplaties, enfin quelques globes épidermiques ; on observe en outre, quelques nids de cellules plasmatiques et, plus près de la perforation artérielle, encore un foyer plus grand, avec un stroma fibreux plus ferme et plus pauvre en noyaux.

Du côté de la perforation on voit tout près de l'artère, soit dans les tissus péri-adventiciels, soit dans l'adventice elle-même,



une infiltration carcinomateuse, sous forme de réseaux, en longues traînées, de cellules épithéliales. La plupart des cellules de ces réseaux sont des cellules basales, mais à certains endroits, il existe encore des cellules aplaties et plus larges.

Sur cette couche carcinomateuse se dresse un tissu dépourvu de cellules épithéliales, qui offre tous les caractères d'un tissu bourgeonnant ; sa surface libre qui provient du fond des cratères néoplasiques, a souvent un aspect diphtéroïde et les vaisseaux en sont nécrosés. Les nids néoplasiques pénètrent ici et là dans le tissu bourgeonnant qui en est complètement dépourvu à l'endroit où le vaisseau est ouvert ; la zone bourgeonnante nécrosée remonte vers la paroi artérielle, remplaçant par endroits toute la musculature de l'artère.

Les nids carcinomateux avoisinent ce foyer d'artérite, mais sans pénétrer dans la musculature. Signalons enfin, que, dans la paroi, à l'endroit de la perforation, la tunique moyenne est remplacée par un jeune tissu inflammatoire bourgeonnant, et, qu'à la surface de l'intima, il existe du tissu de néoformation sous la forme d'endartérite. Au pourtour de la perforation, l'intima est en effet fortement épaissie par un tissu jeune, riche en fibroblastes, et qui contient quelques vaisseaux sanguins et d'assez nombreux leucocytes.

Cette endartérite fait corps avec le tissu bourgeonnant, qui, du carcinome exulcéré, a gagné la tunique moyenne.

Coloration au WEIGERT : au niveau de la perforation, le nombre des fibres élastiques de la tunique moyenne est fortement réduit, et la lamelle élastique interne qui est dédoublée le long de l'intima, n'existe qu'à l'état de petits débris. Le tissu bourgeonnant a donc dissocié et détruit en partie les éléments élastiques de la paroi artérielle. Il n'y a pas de fibres élastiques néoformées, au niveau de l'endartérite récente.

#### RÉSUMÉ DE L'IMAGE MICROSCOPIQUE

Du fond du cratère carcinomateux, les processus inflammatoires se sont propagés jusqu'à la paroi artérielle. Un tissu bourgeonnant est né au dépend du stroma du néoplasme, et a envahi la paroi artérielle. Celle-ci est détruite, le tissu bourgeonnant remplaçant l'adventice et la tunique moyenne, y compris les éléments élastiques. Elle est devenue de ce fait si peu résistante qu'elle a subi une dilatation anévrysmale.

La rupture artérielle est due au processus inflammatoire d'une

part, à la pression artérielle d'autre part, qui a facilement eu raison de la faiblesse de la paroi. Les éléments carcinomateux, s'ils sont très proches de la perforation, ne se rencontrent cependant pas au niveau de la déchirure.

Il résulte donc de nos constatations histologiques que le rôle de l'anévrisme est prédominant dans la pathogénie des grandes hémorragies qui surviennent dans le cancer ; ce dernier ne peut être considéré comme l'agent direct ; il n'agit que par l'inflammation réactionnelle qu'il provoque par sa présence.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE

### SECTION D'OTOLOGIE.

*Séance du 16 mars 1923.*

F.-M.-R. WALSHIE. — **Tumeurs de la VIII<sup>e</sup> paire** (V. *Analyse des mémoires*).

W. TROTTER. — **Traitement chirurgical des tumeurs du nerf acoustique.**

Parlant d'abord du fibrome du nerf acoustique, l'auteur semble dans la suite s'adresser à toutes les tumeurs pour qu'elles soient encapsulées. Il décrit la technique opératoire. Trépanation de l'os, comme pour la recherche de la partie inférieure du sinus, ouverture de la dure mère au-dessus du trou occipital. L'auteur ne recherche pas à extraire la tumeur d'un seul coup, il l'enlève par curettage.

CH. BALLANCE a eu l'occasion d'observer et d'opérer plusieurs cas, l'opération est souvent compliquée d'hémorragies sérieuses. Il conseille la méthode de J. Ferrier qui employait de l'éponge marine pour arrêter l'hémorragie. La décompression ne sert pas à grand'chose. Il est préférable de faire l'opération en deux temps. Le diagnostic est parfois bien embarrassant.

G. HOLMES. — Dans ses cas, il a toujours été frappé de la grande variabilité de taille de ces tumeurs, ce qui peut peut-être expliquer la symptomatologie si différente. Les altérations faciales sont plus fréquentes que dans la statistique de Walshe.

S. SCOTT a vu des cas avec envahissement du limaçon. Contrairement à Holmes, il ne croit pas que l'on puisse faire un diagnostic exact avant une surdité complète. De même une confusion de lésions frontales et cérébelleuses lui semble impossible.

J. DUNDAS GRANT demande qui de ses collègues a pu confirmer le signe de Jones dans les tumeurs du nerf acoustique (épreuve calorique négative pour tous les canaux du côté de la lésion, positive pour le canal horizontal du côté opposé, négative pour le canal vertical).

WALSHE croit que la sémiologie telle qu'il l'a décrite est la plus typique.

---

*Séance du 30 avril 1923.*

**ED. DAVIS. — Anatomie pathologique et drainage de la ménigique otique. (V. Analyse des mémoires).**

S. HASTINGS demande les indications et la technique de la ponction alloïdo-occipitale.

J.-F. O'MALLEY. Sur quels symptômes Davis base-t-il l'indication de l'ouverture du labyrinthe ou du drainage par la région du sinus latéral. Y a-t-il un avantage à exécuter les deux procédés à la fois.

T.-B. LAYTON demande des précisions. Dans quels cas peut-on se contenter d'enlever l'os malade et dans quels autres cas, le drainage de la cavité cérébro-spinale est-il indiqué ?

CH. BALLANCE a constaté que le liquide céphalo-rachidien trouble était souvent entièrement aseptique, et que son aspect laiteux provenait d'une accumulation de cellules. La présence d'organismes donnait un pronostic plus grave. L'auteur a obtenu, pendant la guerre, des résultats contraires à ceux de Davis, en ce qui concerne l'injection du bleu de méthylène dans l'espace sous-arachnoïdien et son passage dans le liquide retiré à la ponction lombaire. Le traitement est naturellement chirurgical et doit être institué le plus tôt possible après le début de la méningite ; la grande difficulté consiste à reconnaître son début. Pour lui la ponction occipito-atlantoïdienne n'est pas appelée à remplacer le drainage, étant contraire aux principes chirurgicaux. C'est comme si l'on voulait guérir un abcès aigu par une ponction au trocart. L'infection semble gagner du terrain si la pression augmente ; au contraire si la pression reste stationnaire, la méningite a de grandes chances de rester localisée.

D.-D. DAVIS décrit la technique de la ponction occipito-atlantoïdienne, et estime qu'elle doit être surtout employée dans les cas très avancés où une opération n'a plus de grandes chances de réussite. Le drainage doit être fait par la voie labyrinthique, si les symptômes ont prouvé que la méningite s'est développée par cette voie.

**F. DUNDAS GRANT. — Surdité complète datant d'une chute.**

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui avait fait, il y a trois-ans et demi, une chute d'un mètre environ. Les épreuves semblent indiquer une lésion des deux labyrinthes, bien qu'il y ait une part fonctionnelle à signaler (variations des symptômes, et diminution du réflexe pharyngé).

**F. DUNDAS-GRANT. — Un cas de surdité aggravée après une chute.**

La malade âgée de 29 ans, légèrement sourde depuis une huitaine d'années, fit une chute de 6 mètres de haut en frappant violemment



la tête par terre ; perte de connaissance pendant plusieurs jours. L'examen révéla une surdité du type de l'oto-sclérose. Après un mois de traitement la malade entendait presque comme avant l'accident.

**F. DUNDAS GRANT. — Surdité de longue durée due à une chute sur la tête.**

La malade, âgée de 25 ans, était tombée à l'âge de 10 ans et était sourde depuis ce moment. L'examen donne une oto-neurose, probablement cochléaire compliquée d'un catarrhe tubaire chronique.

CH. BALLANCE approuve le bichlorure de mercure qui semble avoir été un moyen de traitement efficace.

CLEMINSON a observé un cas semblable.

M. J.-F. O'MALLEY. — Le second cas semble être un cas d'oto-sclérose.

D.-D. DAVIS a vu pendant la guerre quelques traumatismes de la mastoïde avec surdité permanente. Il la considère comme telle, s'il ne se produit aucune amélioration après six semaines.

F. DUNDAS GRANT. — La maladie est due à une fracture de l'os pétreux spécialement de l'oreille interne et désorganisation du labyrinthe par l'hémorragie.

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE

### SECTION DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 4 mai 1923.*

**ST-CLAIR THOMSON. — Laryngofissure dans deux cas de cancer intrinsèque du larynx.**

Le premier cas est intéressant parce que le malade âgé de 80 ans, supporta l'opération sans le moindre choc. Opéré depuis six mois, il est complètement rétabli, à tel point qu'il va à la chasse.

Le second cas, chez un homme de 40 ans, présentait certaines difficultés de diagnostic ; perte de la voix subitement en chantant. Corde droite, mobile quoique entièrement envahie par une tumeur bourgeonnante à petits points blanchâtres. Guérison datant d'un an.

**ST CLAIR THOMSON. — Traitement d'un épithélioma (en apparence) laryngé (syphilis possible) par les rayons X, guérison complète.**

Le malade âgé de 68 ans, était enroué depuis neuf mois. La corde droite était fixée, et présentait une ulcération profonde à bords rougis, à caractère plutôt tuberculeux. Réaction de Wassermann négative. Etant donné l'étendue des lésions l'intervention n'était plus justifiable.

Quatre mois après, apparition d'un ganglion cervical à droite. Le malade fut soumis aux rayons X, et l'aspect du larynx changea petit à petit, et une corde cicatricielle immobile remplaça l'ancienne. Vu la rétrocession des lésions, l'auteur pense à une lésion syphilitique (Le résultat de la biopsie n'indique que tumeur maligne sans préciser la forme histologique).

F. DUNDAS GRANT. — Le résultat dû uniquement aux rayons X est merveilleux.

WATSON-WILLIAMS demande si l'auteur enlève généralement l'aile cartilagineuse thyroïdienne et quels en sont les avantages ; quelle est la longueur des séances de radiothérapie.

WRIGHT demande si St Clair Thomson suture toujours la plaie.

ROBERT KNOX. — La technique employée était celle de l'hôpital du cancer, toutefois avec une dose plus élevée, et des séances plus nombreuses ; l'appareil est de 150.000 volt, filtration à travers lame d'aluminium avec protection de la peau par un second coussin de filtration.

Pendant un mois 2 séances par semaine ; application de la dose entière d'abord du côté gauche, puis du côté droit, ensuite une séance tous les quinze jours pendant plusieurs mois. L'irradiation fréquente ne semble pas altérer la peau.

HUTCHINSON rapporte l'histoire de six cancers intra-laryngés opérés par St Clair Thomson, tous avec succès.

A. WYLIE rappelle que la biopsie est indispensable, si l'on ne veut pas s'exposer à des erreurs.

W. HILL a fait une laryngofissure sur une lésion tuberculeuse simulant un néoplasme ; malgré l'erreur ce procédé thérapeutique a eu des suites heureuses.

D.-D. DAVIS, pose quelques questions de radiologie concernant le nombre de cancers traités et les résultats obtenus. D'après son expérience les cas nécessitant une trachéotomie pour dyspnée ne relèvent plus de la laryngofissure.

W. WODMAN insiste sur la mortalité très basse de l'opération de St Clair Thomson ; quant à la biopsie, il met en garde ses collègues de ne pas trop se fier aux résultats biopsiques des pathologistes.

H. KISCH a opéré un homme de 79 ans, sans grandes difficultés ; la guérison fut retardée par l'ossification complète des anneaux trachéaux.

#### L. POWELL. — Un cas de fibrome du nez.

Il s'agit d'une tumeur à insertion choanale obstruant la fosse nasale droite chez un enfant de 13 ans ; l'examen histologique démontra un fibrome pur.

L'ablation fut suivie d'une récurrence qui présentait des rapports avec l'ethmoïde.

FR. ROSE. — A-t-on pu trouver le point exact de l'insertion ? L'insertion sur le rebord septal de la choane semble être exceptionnelle.

L. POWELL. — L'ablation fut faite sous anesthésie, l'origine était plus exactement le plancher nasal et la cloison de la cavité nasale proprement dite, et non du nasopharynx.

**SMURTHWAITE. — Extraction d'un corps étranger de la trachée chez un enfant de 6 mois.**

La radioscopie montra un corps étranger à l'entrée de la bronche gauche. L'accident remontait à quatre semaines (déglutition d'un petit sifflet); extraction au bronchoscope à l'aide d'un instrument improvisé, la pince *ad hoc* ne pouvant saisir le corps étranger.

I. MOORE. — Ceci prouve bien que chaque cas présente ses particularités et une solution différente, notamment en ce qui concerne le choix de l'instrument de préhension. L'auteur met en garde ses confrères contre l'emploi de crochets dans l'extraction de corps étrangers des bronches.

SMURTHWAITE. — Le crochet qu'il a employé était mousse, mais il avait prévu la possibilité de complications.

**G. CAREY. — Suites de brûlures à l'acide sulfurique chez un malade atteint de laryngite syphilitique.**

Cicatrices dans l'hypopharynx et rétrécissement diaphragmatique de l'œsophage à 2 centimètres du cricoïde. Le sondage ne donna pas de grande amélioration. Le larynx ne s'améliora guère non plus, malgré un traitement énergique au novarsenol; six mois après, trachéotomie pour œdème glottique, guérison de l'ulcération; quel est le traitement à instituer?

D. WYLLIS ne pense pas que l'on puisse se passer de la canule trachéale.

**MM. MOLLISON. — Tuméfaction du nasopharynx avec abaissement du voile.**

Début par une otalgie droite, il y a un an, qui se propagea à la face; la malade, 23 ans, fut alors opérée des végétations, ce qui fit cesser l'otalgie, sans influencer les douleurs faciales. Peu de temps après, apparition d'une tuméfaction dans le nasopharynx dont l'examen histologique établit la nature sarcomateuse. Wassermann positif.

T.-B. LAYTON. — Ch. Symonds avait proposé d'ignorer le résultat anatomopathologique et de traiter le cas comme spécifique.

J. DUNDAS GRANT. — Le ganglion ne semble pas être en rapport avec la tuméfaction, il paraît plutôt être causé par une amygdale infectée.

**J. DUNDAS GRANT. — Deux cas de paralysie laryngée et vélopaltine gauche.**

Le premier cas concerne un syphilitique de 32 ans dont l'accident primitif remonte à un an; l'état laryngé paraît être dû à une lésion spécifique du pneumogastrique, au-dessus de la branche pharyngée. Légères paralysies faciale et glossopharyngée (corde du tympan à droite), dues à une suppuration chronique de la caisse.

Dans le second cas il existait une dysphagie, surtout pour les liquides, une immobilité complète de la corde gauche, une parésie du voile

à gauche de même qu'une hémigeusie à gauche. La réaction de Wassermann est positive. Le traitement au mercure et à l'iodure a amélioré le malade au bout d'une semaine.

**F. DUNDAS GRANT. — Traitement d'un sarcome de l'amygdale par les rayons X après ablation partielle.**

Ablation partielle d'une tumeur sarcomateuse chez un homme de 67 ans en décembre 1920 ; radiothérapie en 1921. La corde droite était paralysée ; en 1922 la région du néoplasme était entièrement cicatrisée, les mouvements des cordes vocales normaux.

Knox a déjà fait allusion à ce cas ; la tumeur primitive siégeait dans le pharynx, et le noyau amygdalien était une métastase. Le traitement a duré dix-huit mois et a fait disparaître complètement la tumeur.

**B. TAWSE. — Ulcération amygdalienne.**

Il s'agit d'un malade de 25 ans qui eut, il y a onze mois, des ulcérations des lèvres et de la langue persistant pendant trois mois. Extraction de dents cariées ; six semaines après guérison, mais apparition d'une nouvelle ulcération sur l'amygdale gauche qui à la longue était éliminée comme à l'emporte-pièce. Pas de lésions du larynx. Indépendamment de cela, le malade présentait, il y a deux mois une éruption papuleuse entremêlée de pustules d'acné, couvrant tout le corps et les lèvres. Malgré le Wassermann négatif, on posa le diagnostic de spécificité. Mais il n'y eut aucune amélioration à l'iodure de potassium. Après un traitement mixte, la lésion avait moins bon aspect et des ulcérations apparurent sur les gencives. Ni bacillose, ni fuso-spirillose, ni actinomycose ; la biopsie révèle un granulome chronique avec forte involution fibreuse. Sur les frottis et les cultures on trouva du pneumococcus-mucosus, du micrococcus catarrhalis, et différents streptocoques. On augmenta alors la dose d'iodure jusqu'à 60 grammes et l'ulcération de l'amygdale guérit en trois semaines. Mais elle réapparut au bout de trois semaines, en englobant toute l'épiglotte, traitement au cautère ; séjour à la mer, guérison ; il y a quinze jours l'ulcération sur l'amygdale se reproduisit.

HERBERT TILLEY considère ce cas comme une forme de bacillose.

F. DUNDAS GRANT partage cet avis ; il raconte l'histoire d'un malade dont la moitié du larynx était envahi par une ulcération qui fut prise pour un cancer ; après de longs mois il revit ce malade, fit une biopsie et trouva des cellules géantes, sans lésion aucune du poumon.

B. TAWSE a pensé à une forme hybride de bacillose et de syphilis.

Ce malade fut rencontré à la séance du 2 décembre 1922. Une nouvelle ulcération s'était formée sur le pilier antérieur, s'étendant vers le voile.

F. DUNDAS GRANT. — L'aspect de l'ulcération ressemble à ces lésions créées artificiellement que l'on observait pendant la guerre.

PARKER. — La lésion a fait des progrès considérables depuis la dernière réunion ; c'est un cas très intéressant, mais très embarrassant comme diagnostic.



O. MALLEY demande si l'extension s'est produite spontanément ou à la suite de l'ablation pour la biopsie.

TAWSE pense à une tuberculose ; la biopsie épiglottique n'aide en rien le diagnostic.

2 mai 1923. Le lendemain de la dernière réunion il y eut comme une explosion d'ulcérations dans la bouche, avec une réaction fébrile jusqu'à 30° ; amélioration après un traitement au collargol. Le malade fit ainsi plusieurs poussées, mais comme l'ulcération du pilier persistait, on l'envoya à l'Institut du radium. A la suite d'un examen radioscopique, on le renvoya à la campagne en lui conseillant le grand air et l'huile de foie de morue. En six semaines toutes les manifestations guérirent, et il semble bien qu'on ait eu à faire dans ce cas à une lésion tuberculeuse en dépit de tous les résultats biopsiques.

A. QUIRIN.

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

*Séance du 9 novembre 1923.*

**M.-C.-J. KOENIG. — Effets produits sur les tissus par l'administration d'iode de potassium et l'application locale et simultanée de poudre de calomel. Etude expérimentale.**

Kœnig s'est adressé à l'expérimentation pour s'assurer de la réalité de la crainte exprimée dans les traités de laryngologie et d'ophtalmologie, à savoir, celle de voir se produire des lésions en insufflant localement de la poudre de calomel à des malades prenant à l'intérieur de l'iodeure. Pour ce faire, et pour simplifier l'expérimentation, il s'adressa à l'œil du lapin dans la conjonctive duquel il insuffla une pincée de calomel quelques minutes après avoir injecté un gramme d'iodeure de potassium dans la veine marginale de l'oreille. Il en résulta immédiatement une irritation considérable de la conjonctive et de la cornée avec congestion violente, chémosis, sécrétion muco-purulente, infiltration et ulcération de la cornée. Ces lésions sont visibles sur la préparation microscopique que montre l'auteur. Celui-ci conclut que la crainte des cliniciens est bien fondée et qu'il ne faut par conséquent pas insuffler du calomel dans l'œil ou le larynx, et par le fait, sur aucune surface muqueuse chez des personnes prenant de l'iodeure à l'intérieur.

**M. ROBERT ENGEL. — Un nouveau cas d'apoplexie du voile du palais.**

M<sup>lle</sup> D..., 42 ans, femme de chambre, prise brusquement de dysphagie intense, et de dyspnée progressive, tendant à l'asphyxie. On constate la présence d'une volumineuse tumeur sanguine occupant la portion gauche du voile du palais, avec œdème de la luette. Rupture spontanée, évacuation de sang pur (2 cuillers à soupe) pas d'hémor-

ragie secondaire. Cicatrisation en 8 jours. La malade avait présenté déjà trois fois les mêmes accidents mais à un degré moindre.

Accidents apparus en dehors des règles, chez une bacillaire pulmonaire, probablement lésion des surrénales. A signaler que ces accidents se sont produits en dehors de tout effort et la malade n'a pas de varices aux jambes.

**H. CABOCHE. — Polypes solitaires des fosses nasales et sinusites latentes du groupe antérieur. Contribution radiologique.**

Se basant sur l'étude anatomique et clinique de dix cas personnels, l'auteur pense que cette variété de polypes encore appelé polype choanal (parce que, en raison de son long pédicule, il émigre souvent vers le cavum au travers des choanes), est sous la dépendance de sinusites maxillaires ou frontales sans pus, latentes, et de ce fait, méconnues. La radiographie, en l'absence des signes cliniques habituels, montre le bien fondé de cette opinion. Ces sinusites peuvent d'ailleurs se transformer en sinusites banales purulentes ainsi que l'auteur l'a observé.

Le traitement consiste en l'ablation du polype. Pour éviter la récurrence, il y aurait lieu de pratiquer la trépanation antrale.

**H. CABOCHE. — Présentation d'instruments pour ablation des polypes solitaires ou choanaux.**

Crochet mousse pouvant rentrer dans un tube métallique mince se montant sur un manche universel. Il permet de saisir directement le polype par la pédicule, supprimant ainsi la manœuvre d'encerclement de la masse principale; manœuvre difficile dans une fosse nasale étroite et anfractueuse, impossible en cas de polype enclavé.

G.-A. WEILL, rappelle un procédé de *réssection sous-muqueuse des éperons* décrit en 1909. Il présente à nouveau la scie emboutie qu'il a créée à ce moment ainsi qu'un décolateur en gouttière qui permet de décortiquer les crêtes.

**G. LIÉBAULT. — Névralgie post-opératoire du ganglion sphéno-palatin.**

L'auteur attire l'attention sur des troubles qu'il a observés après des opérations sur la région supérieure des fosses nasales et particulièrement sur le sinus sphénoïdal et les cellules ethmoïdales postérieures: céphalées intenses, éternuement, hydropnée considérable disparaissant en quelques jours, sans fièvre et sans réaction méningée. Il les considère comme une ébauche du syndrome sphéno-palatin et les attribue à une irritation de voisinage du ganglion sphéno-palatin.

D'autre part, les sécrétions nasales attribuées en général à un refroidissement et à une infection légère de la plaie opératoire, ou les céphalées si fréquentes après les interventions sur l'étage supérieur des cavités nasales et qui font craindre un début de réaction méningée, peuvent être considérées comme étant de même ordre et traduire une irritation réflexe ou de voisinage du ganglion, dont le rôle en pathologie nasale apparaît de plus en plus important.

M. LABERNADIE.

## SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PÉTROGRAD

*Séance du 4 mars 1923.*

A-P. JANUSCHKOWSKY. — 1° Kyste dentaire ; 2° Corps étranger enlevés avec le bronchoscope.

W.-D. SSOKOLOFF. — Angine de Ludwig compliquée d'abcès de la langue.

Ce qu'il y a de spécial, c'est que l'abcès lingual était une hémiglossite et que le malade, très mal en point à son arrivée, a guéri par l'incision des deux collections ; l'angine de Ludwig a été ouverte par élargissement d'une ouverture spontanée au niveau du frein de la langue.

KULIKOWSKY. — A propos d'une tumeur maligne.

Il s'agit d'une tumeur de l'entrée de l'œsophage chez un homme de 26 ans, et durant depuis dix ans. Quoique la biopsie n'ait pas encore été faite, Kulikowsky pense à une tumeur maligne.

KUTEPOW. — Plastique par double lambeau pour la fermeture des ouvertures rétro-auriculaires après évidemment pétro-mas-toldien.

I. MUSSEL. — Plastique secondaire dans l'atrésie post-traumatique du conduit auditif externe.

STSCHADRIN. — Kyste de l'épiglotte.

Ablation à la pince d'une tumeur qui s'étendait de la base de la langue à l'épiglotte ; il s'écoula du liquide muqueux.

GALEBSKY. — Adhérences palato-pharyngées d'origine syphilitique.

Traitement par la dilatation caoutchoutée.

GALEBSKY. — Diaphragme à la suite d'une brûlure par potasse.

Ce diaphragme siégeait entre la langue et les parois latérales et postérieures du pharynx et ne laissait qu'un pertuis gros comme une plume d'oie. La section au bistouri rétablit la respiration et la déglutition.

DOBROGEV. — La parole sans larynx.

JELANSKY. — Kyste cervical branchial.

*Séance du 1<sup>er</sup> avril 1923.*

**ALEXANDRIN. — Mucocèle du labyrinthe ethmoïdal.**

H. de 62 ans. Tumeur au niveau de l'angle interne de l'œil droit ; exophtalmie en dehors ; diminution de l'acuité visuelle. Evolution en un an. L'opération a été pratiquée par voie endonasale ; l'ouverture du labyrinthe ethmoïdal droit amena l'issue des sécrétions en même temps que la tuméfaction externe disparaissait aussitôt et que le globe oculaire revenait à sa place.

**JANUSCHKOWZKI ET LUKASCHKIN. — Corps étranger de la bronche droite.**

**CHILOW. — Syphilis du conduit auditif externe.**

Il s'agissait de volumineux condylomes avec infiltration de la peau du conduit. Amélioration par le traitement.

**GALEBSKY 1<sup>o</sup> Plastique du nez. 2<sup>o</sup> Enfant albinos avec nystagmus ondulatoire.**

Auditif et vestibulaire normaux. Le nystagmus s'explique par le défaut d'acuité visuelle. Le sujet est obligé de « tâter » le monde extérieur avec les deux yeux, pour obtenir l'impression visuelle nécessaire.

**GALEBSKY. — Diaphragme de la partie inférieure du pharynx.**

C'est le malade présenté à la séance précédente. Dans l'intervalle le diaphragme a été enlevé totalement. Le malade respire et avale bien.

**GALEBSKY ET WOJATSCHER. — Un énorme polype.**

Ce polype remplissait la fosse nasale et le pharynx. Cependant il n'y avait aucune gêne ; la malade avalait bien.

**KLADUYCH. — Polype choanal.**

Polype géant atteignant le larynx. Ni troubles de la respiration ni troubles de la déglutition.

**G KULIKOWSKI. — Cancer pharyngo-œsophagien.**

Présentation, après opération (résection pharyngo-œsophagienne) de ce malade de 26 ans.

**PEREKALIN. — Ablation de la langue.**

Présentation, une semaine après l'opération, d'un homme de 45 ans auquel toute la langue a été enlevée pour un cancer de la 4<sup>e</sup> amygdale.



JANUSCHKOWAKY et UNDRITZ. — **Fibrome de la base du crâne.**

Présentation, après une première séance d'électrocoagulation de ce malade. Pas d'hémorragie. La tumeur a un peu diminué.

SHUKOWAKY. — **Polype choanal.**

I.-P. KUTEPOFF. — **Tumeur de l'hypophyse.**

En dehors du résultat de la radiographie, le diagnostic fut basé sur l'hémianopsie progressive, l'épaississement des arcades sourcillières, du nez et des lèvres. Ce sont les violentes céphalées et le rétrécissement du champ visuel qui firent réclamer l'intervention au malade. Opération par la méthode de Hirsch, mais avec mobilisation de la cloison d'après Wojatschek. L'éther intra-rectal et l'anesthésie locale combinés furent insuffisants, on dut donner du chloroforme. La narcose fut d'ailleurs mouvementée. L'ouverture du sinus sphénoïdal montre sa paroi postéro-supérieure amincie. Ablation à la curette de la portion de tumeur correspondante. Mort quarante-huit heures après, avec ictère et phénomènes méningés. Autopsie : tumeur de l'hypophyse grosse comme une noix, ramollie et avec ecchymoses. Dégénérescence du muscle cardiaque et du foie.

LUKASCHIN. — **Rhino-sclérome.**

GRÜNBERG. — **Polypose des sinus.**

Cas classique de polypose diffuse récidivante, malgré 16 ablations de polypes, et opérations successives sur la cloison et tous les sinus.

GRÜNBERG. — **Le nystagmus paradoxal. (V. analyses).**

N.-A. PAUTOW. — **A propos de l'oblitération des sinus frontaux.**

Recherches expérimentales sur le chat. L'opération ostéoplastique ne réussit et la lumière sinusienne ne se comble qu'à la condition que toute la muqueuse ait été enlevée et que la trépanation osseuse soit suffisante ; il n'est cependant pas nécessaire que celle-ci soit très considérable.

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

*Séance du 9 juillet 1923.*

B. VALDAFFEL. — **Bacille fusiforme et spirochète de Vincent dans l'oreille moyenne.**

Ces germes ont été trouvés seuls dans une mastoïdite compliquant une otite aiguë. Les 6 cas analogues de la littérature concernent des otites chroniques.

HOFER. — Douleur spontanée et à la pression de la mastoïde d'origine hystérique. Guérison par la trépanation.

Ces symptômes apparurent à la fin d'une otite récidivante et persistèrent longtemps après la cessation de l'écoulement. L'exploration de la mastoïde ne montra rien d'anormal. Dès le lendemain, les douleurs disparurent en même temps que l'appétit revenait et que la malade augmentait de poids. Il faut donc admettre une « mastoïdite hystérique ».

GATSCHER. — Otalgie par apicite.

La voie serait celle du rameau auriculaire du vague. L'otalgie serait homonyme et son intensité suivrait l'apicite dans ses exacerbations et ses rémissions.

URBANTSCHITSCH. — Méningite à streptococcus mucosus.

Le cas est remarquable en ce qu'une méningite très intense et une thrombose sinusienne évoluèrent presque sans fièvre. Il n'y eut ni frissons, ni nausées, ni vomissements. Il est vrai qu'il survint des tuméfactions articulaires; mais le sujet avait eu toutefois du rhumatisme articulaire. La plaie de l'opération mastoïdienne, faite antérieurement, avait bon aspect. Les manifestations graves se développèrent avec une rapidité extraordinaire et se terminèrent en quarante-huit heures par la mort. La ponction lombaire, faite le dernier jour, montra du streptococcus mucosus. A l'autopsie, méningite suppurée particulièrement étendue et thrombose suppurée du sinus.

Le caractère atypique des manifestations auriculaires à streptococcus mucosus, bien connu pour les otites non compliqués, se retrouvent donc dans ces deux complications.

DEMÉTRIADÈS. — Etats pathologiques de l'oreille au cours des tumeurs malignes des voies respiratoires et du cou.

FRENEL. — Abscess du lobe temporal, des dimensions d'un noyau de cerise.

Présentation des coupes d'un abcès, passé inaperçu à l'opération et à l'autopsie.

HOFMANN. — Parésie faciale dans l'otite aiguë.

Cas examiné histologiquement. (V. analyses).

---

## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGO-RHINOLOGIE

*Séance du 4 juillet 1923.*

DEMÉTRIADÈS. — **Sténose nasale de diagnostic indéterminé.**

FEUCHTINGER. — **Papillome du larynx traité par la roentgénéthérapie.**

Guérison, alors que deux opérations antérieures avaient été suivies de récidives.

HUTTER 1°. — **Lipome de la langue; 2° Hydrorrhée nasale.**

Hydrorrhée très abondante, continue, apparue brusquement et durant depuis plusieurs mois. Rien dans le nez ni dans les sinus. Radiographie normale. Il ne s'agissait pas d'une rhinite vaso-motrice; car la sécrétion n'arrivait pas par crises; donc pas d'amélioration par la thérapeutique. L'examen clinique éliminait la rhinorrhée cérébro-spinale. Par des tamponnements, placés en différents endroits de la fosse nasale, on est arrivé à trouver par exclusion une affection de l'ethmoïde postérieur comme cause de la sécrétion. L'ouverture de ces cellules montrèrent une muqueuse épaissie et des granulations poly-poides. Guérison pendant trois semaines; puis reprise, ce qui semble indiquer qu'il y a d'autres cellules ethmoïdales à ouvrir.

MARSHIK. — 1° **Deux cas d'opération sur les sinus frontaux.**

Nouvelle présentation. Persistance de la guérison depuis 6 mois.

2° **Sténose laryngée postdiphthéritique. Dilatation progressive et laryngostomie.**

Présentation des pièces du sujet (fille de 18 ans) mort de bronchectasie et de tuberculose pulmonaire.

HOFER. — **Cancer de la pyramide nasale et de l'orbite. Opération. Méningite. Guérison par la vaccination staphylococcique.**

On employa des stocks-vaccins polyvalents. Ce cas montre une fois de plus l'influence heureuse de la vaccinothérapie dans la méningite traumatique.

GLAS. — 1° **Tumeur cartilagineuse du larynx.**

Il s'agit d'une tumeur sous-commissurale antérieure.

2° **Fistule tuberculeuse du larynx.**

Il peut s'agir soit d'une périchondrite tuberculeuse isolée, soit d'un ganglion ramolli. La fistule s'ouvrait dans la sous-glote. Le larynx

lui-même n'avait rien. La tuméfaction fluctuante et placée sur l'aile gauche thyroïdienne avait été incisée.

**HERLINGER. — Tumeur du rebord orbitaire supérieur gauche.**

Il s'agit d'une fillette, chez laquelle la tuméfaction est apparu huit jours après une fièvre avec céphalée et vomissements. Rien dans les sinus. La masse enlevée en totalité, contenant un peu de pus, n'a montré histologiquement que du tissu de granulations non spécifique. L'auteur pense à un processus inflammatoire hématogène.

**WEILL. — Méningite après adénotomie par persistance du canal crano-pharyngien et céphalocèle.**

**HANSZEL. — Cysto-papillonne de l'amygdale.**

Tel est le résultat histologique de la tumeur pédiculée de l'amygdale présentée à la séance de mai.

---



# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

---

Professeur CITELLI. — *Traité d'oto-rhino-laryngologie*. Unione tipografico-editrice Torinese, Turin, 1930.

C'est le traité le plus récent d'oto-rhino-laryngologie italienne et l'œuvre maîtresse du professeur Citelli. Dès la préface les qualités principales de ce livre nous apparaissent. Le grand souci de l'auteur n'est-il point :

1° De négliger l'historique, la bibliographie et la casuistique ;

2° De rappeler brièvement les questions d'anatomie, d'histologie, de microbiologie et de laboratoire, sans lesquelles la clinique nous échappe ;

3° D'exposer les syndromes fondamentaux des formes cliniques, en passant sous silence les symptômes sans valeur, évitant surtout les divisions et subdivisions, basées sur les modalités pathogéniques, symptomatiques et pronostiques, qui nuisent à l'exposition et rejettent dans l'ombre les symptômes principaux ;

4° De ne livrer à ses lecteurs que les méthodes opératoires qu'il a coutume d'employer et d'en donner les avantages ;

5° D'éviter enfin les répétitions et d'atteindre à ce but en rompant avec la tradition : Citelli, en effet, a supprimé l'artificiel système de traiter, en chapitres séparés par des cloisons étanches, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le pronostic et le traitement.

Ainsi présenté le traité nous attire. Sa lecture d'ailleurs est loin de nous décevoir. Les questions les plus délicates, et les plus complexes sont d'abord plus faciles, et l'abondance des détails ne nuit point à la clarté d'exposition. Mais ce livre a le défaut de ses qualités. L'auteur a des idées très personnelles dans le domaine clinique et surtout opératoire. Il en est très jaloux et les défend avec énergie. On peut ne pas les partager... et puis... l'on eût aimé trouver dans ces pages de « génie latin » une place plus large pour les travaux français.

Nous ne pouvons donner qu'un aperçu bien pâle de ce livre ; nous étendre sur chaque sujet nous mènerait beaucoup trop loin. Les travaux originaux seront seuls signalés.

L'ouvrage est divisé en 5 chapitres principaux : 1° Oreille ; 2° Nez et sinus ; 3° Pharynx et naso-pharynx ; 4° Larynx et amygdale linguale ; 5° Hypopharynx, œsophage, trachée et bronches.

CHAPITRE PREMIER. — L'examen labyrinthique est fort bien traité. Quelques pages suffisent pour en donner une description à la fois claire et facile.

Le syndrome de Gradenigo arrête naturellement l'auteur qui le premier en donna l'explication pathogénique la plus logique : foyer d'ostéite et de pachyméningite au niveau de la pointe du rocher.

A propos des mastoïdites, Citelli décrit un abcès inférieur analogue à celui de Bezold, mais qui trouve origine dans une périsinusite sigmoïde. Il attire également l'attention sur une grosse cellule postéro-supérieure, très souvent isolée et qui peut fort bien échapper à l'exploration chirurgicale. Dans l'intervention mastoïdienne, l'auteur attaque le centre de la mastoïde et non directement l'ancre qu'il cherche ensuite, après avoir vidé le corps même de l'apophyse. Il ne ferme pas la plaie, même partiellement. Dans les cas de mastoïdite douteuse ou latente, il conseille la ponction exploratrice de la mastoïde au moyen d'un perforateur osseux de Collin. C'est une méthode aveugle et partant périlleuse : Citelli constate que la périostite mastoïdienne n'a fait l'objet d'aucune étude bien sérieuse. Nous ne pouvons nous défendre de lui rappeler ici les travaux lumineux de Luc qui fut un des premiers à isoler cette lésion. L'auteur l'a observée surtout chez les enfants ; elle est alors bénigne et cède facilement à un traitement médical simple. Chez l'adulte, par contre, il fait suivre l'incision de Wilde d'un inventaire sérieux de l'os et trépane fréquemment, partant de ce principe, d'ailleurs très juste, qu'une mastoïdotomie inutile est préférable à une endomastoïdite méconnue.

Les complications labyrinthiques et endocrâniennes des otites sont parfaitement traitées. On voit que Citelli s'en est particulièrement occupé.

Il insiste sur l'insidiosité des collections extradurales, capables d'évoluer après guérison de la suppuration tympanique et de la mastoïdite. Le seul symptôme appréciable serait alors la douleur constante à la pression et à la percussion au niveau de l'émissaire mastoïdienne et un peu en arrière le long du sinus latéral dans l'abcès de la fosse cérébrale postérieure, et au-dessus du conduit auditif dans l'abcès de la fosse cérébrale moyenne.

Au point de vue opératoire, l'auteur recommande de curetter l'os jusqu'à la barrière que forment les adhérences dure-mériennes à la face interne de l'os. La dépasser est une faute grave et grosse de conséquences.

Citelli n'est pas partisan de l'intervention sur le labyrinthe, lorsqu'il y a labyrinthite isolée, sans complication endocrâniennes. Si ces dernières se manifestent (méningites ou abcès du cervelet) il ouvre la pyramide pétreuse suivant une méthode personnelle, reprochant à Neumann, Ruttin et Hautant, d'être trop économes, de toucher insuffisamment le limaçon et de négliger le conduit auditif interne. Sa technique comprend 2 temps :

1<sup>er</sup> TEMPS. — Découverte de la dure-mère cérébelleuse en arrière du sinus sigmoïde. Résection de la face postérieure de la pyramide jusqu'à ouverture des canaux semi-circulaires postérieur, antérieur et externe. Découverte de la dure-mère jusqu'à l'aqueduc du vestibule.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Ouverture antérieure du labyrinthe, par le conduit auditif externe. Destruction du pont osseux qui sépare les deux fenêtres. On pénètre dans le vestibule par la partie antérieure du promontoire jusqu'à la partie initiale du limaçon. On ouvre ensuite le conduit auditif interne. Ceci est la manœuvre délicate, qui s'effectue en se guidant sur la partie externe de la paroi antérieure du conduit auditif externe sur laquelle on appuie la gouge. Cet instrument doit

pénétrer dans la partie antérieure de la brèche cochléaire en direction exactement perpendiculaire à la paroi interne de la caisse et plutôt en bas qu'en haut.

Au sujet des thrombophlébites, Citelli remarque qu'un sinus battant de façon évidente est, en général sain. Ceci est en contradiction avec l'opinion de Moure, d'ailleurs partagée aujourd'hui par la plupart des auristes, opinion suivant laquelle un sinus malade bat énergiquement par saccades, isochromes aux pulsations cardiaques.

Pour intervenir sur une thrombose isolée du golfe de la jugulaire, l'auteur procède de la façon suivante : Exérèse de toute la pointe mastoïdienne, découverte progressive et prudente, de haut en bas de la partie inférieure du sinus sigmoïde, jusqu'au bulbe de la jugulaire, en ayant soin de curetter minutieusement la partie antérieure du sillón digastrique et surtout l'os spongieux qui limite en avant le sinus. Il faut respecter l'extrémité antérieure de la lèvre interne du sillón qui touche au trou stylo-mastoïdien. C'est à peu de chose près la méthode de Voss.

2<sup>e</sup> CHAPITRE. — (*Nez, Sinus, Naso-pharynx*). — La syphilis nasale fait l'objet d'une étude fort intéressante, en particulier la forme *congestive* de la période secondaire assez fréquente, mais méconnue. Elle se manifeste comme un rhume ordinaire : sténose nasale, écoulement séro-purulent, qui persistent quatre à cinq semaines. La rhinoscopie décele une tuméfaction marquée de toute la muqueuse nasale, sur laquelle l'action vaso constrictive de la cocaïne adrénaline ne s'exerce pas. Le rhinosclérome s'observe en Italie, en particulier en Sicile. Infiltration dure et rosée de la muqueuse nasale, elle gagne progressivement naso-pharynx et larynx. Citelli la traite par l'auto-vaccinothérapie (Bacille de Frisch).

Pour l'extirpation des fibromes naso-pharyngiens volumineux, l'auteur conseille la résection partielle du maxillaire supérieur (apophyse montante et secteur compris entre l'ouverture périforme, la cavité orbitaire et le trou sous-orbitaire. C'est une grosse mutilation que justifie difficilement un fibrome naso-pharyngien. La trans-maxillo nasale paraît dans ces cas donner un jour très suffisant.

Les altérations congénitales (encéphalocèles antérieures, diverticules latéraux du rhino-pharynx, occlusion congénitale des choanes, présence anormale de dents dans le nez) sont l'objet d'une étude intéressante.

Pour les sinusites frontales Citelli recommande beaucoup sa méthode, à la fois exploratrice et curative, de ponction du sinus. Il pratique, au moyen du perforateur osseux de Collin, une ouverture au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite, et lave avec la canule de Hartmann pour sinus maxillaire. La guérison survient fréquemment. Si la sinusite est trop vieille, Citelli fait un Riedel-Killian, qui, permet un curettage très minutieux des diverticules du sinus. Il diagnostique et traite les sinusites maxillaires par une ponction exploratrice analogue, à la précédente, perfore la fosse canine et fait des lavages par cette voie qu'il préfère à la voie du méat inférieur, sauf dans le cas de racines infectées au niveau du sinus suspect. Dans les processus anciens il emploie le Caldwell Luc et reproche au Denker son exécution difficile.

Un chapitre important est consacré au système hypophysaire. Avec Poppi (Bologne) dont les travaux sur l'hypophyse pharyngée font date, Citelli s'est occupé de cette question avec beaucoup d'intérêt ; il y a d'ailleurs attaché son nom.

L'hypophyse pharyngée est un petit cordon hypophysaire extra-cranien, long de 2 à 6 millimètres situé dans la partie antérieure de la voûte pharyngée. Il est juxta-périosté ou même intrapériosté. Il est moins profond chez les enfants et au contact de la couche glandulaire de la muqueuse. Citelli a constaté des rapports circulatoires entre l'hypophyse pharyngée, la muqueuse et les végétations adénoïdes. Il a observé aussi la persistance fréquente du canal crânio-pharyngien ; d'où rapports vasculaires très étroits entre les deux hypophyses. La fonction de l'hypophyse pharyngée serait identique à celle du lobe antérieur de l'hypophyse centrale. Enfin des relations topographiques et circulatoires existent entre l'hypophyse centrale et le sinus sphénoïdal, à travers la paroi supérieure du sinus. Ces notions anatomiques expliquent les troubles physiopathologiques, sur lesquels ont insisté Poppi, Citelli, Curshing et Walter Nites. Les affections du pharynx nasale et des sinus sphénoïdaux, auraient, chez certains prédisposés, une influence marquée sur le système hypophysaire (altérations des cellules et partant troubles fonctionnels). L'auteur a constaté, dans de nombreux cas d'adénoïdite chronique, de tumeurs naso-pharyngées, de sinusites sphénoïdales (banales ou  $\Sigma$ ) un syndrome psychique complet ou fruste, que l'on a coutume de rencontrer dans les tumeurs ou lésions de l'hypophyse centrale. Somnolence, amnésie, torpeur intellectuelle sont les éléments de ce syndrome, qui s'atténue par la cure d'extrait hypophysaire et disparaît en général après guérison des lésions nasopharyngées ou sphénoïdales. L'histologie pathologique et les recherches expérimentales ont confirmé l'hypothèse de Citelli. Le rhinologiste moderne n'a pas le droit de méconnaître le système hypophysaire et doit être rompu à l'hypophysectomie. Citelli la pratique de la façon suivante sous anesthésie locale.

1<sup>er</sup> TEMPS. — Dans la fosse nasale la plus large, résection de la tête du cornet inférieur, du cornet moyen et des cellules ethmoïdales inférieures, de façon à découvrir nettement le sinus sphénoïdal. Puis avec un bistouri spécial, perforation du septum au niveau de la partie postérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Elargissement de cette brèche par résection du bec du sphénoïde et de l'angle supérieur du vomer.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Ouverture large des deux sinus sphénoïdaux, résection de la cloison intersinusale, et ouverture du fond de la selle turcique, (temps très délicat, avoir soin de rester strictement sur la ligne médiane).

Citelli décrit son procédé de dacryocystostomie endo-nasale, qui se rapproche d'ailleurs beaucoup de celui de West et Poliak. Il fait un lambeau muco-périosté immédiatement en avant du cornet moyen, puis une brèche osseuse aux dépens de l'os lacrymal et d'une partie de la branche montante de l'apophyse. Résection d'une partie du fond du sac, qu'il abouche dans le méat moyen.

3<sup>e</sup> MALADIES DU PHARYNX. — L'auteur s'étend assez longuement sur les blastomycoses pharyngées, qu'avec Basile, il a observé plusieurs fois



en Sicile. Tous deux ont isolé en 1914, 2 cas de blastomycose, plus exactement de zymonematose du palais et du pharynx, diagnostiqués syphilis et bacillose. Ces lésions seraient analogues aux manifestations mycosiques observées au Brésil par Splendore. La cure iodique à hautes doses amène une guérison rapide.

Les différents abcès périamygdaliens, rétro et latéro-pharyngés sont l'objet d'une étude clinique très serrée. Citelli insiste sur l'intérêt qu'il y a à distinguer l'angine de Ludwig de l'abcès de la région sublinguale, plus fréquent qu'on ne croit. Celui-ci peut être uni ou bilatéral mais la collection purulente est limitée au tissu conjonctif situé au-dessous et en dehors de la glande sublinguale. Son pronostic est bénin, et l'on doit ouvrir par l'intérieur.

Pour l'intervention amygdalienne Citelli emploie le tonsillotome de Mathieu et le conchotome de Hartmann. Il fait rarement l'amygdalectomie, qu'il tient pour dangereuse, et reproche aux américains de supprimer systématiquement un organe dont le rôle véritable nous est encore caché.

Comme voie d'accès sur les tumeurs pharyngées, il utilise la pharyngotomie sous-hyoïdienne qui ouvre transversalement le pharynx entre la base de la langue et l'épiglotte.

L'auteur a observé pendant l'épidémie de grippe de 1918 plusieurs malades présentant une forme suraiguë et très grave de paralysie bilatérale pharyngo-laryngée. Le symptôme capital en est l'impossibilité absolue de déglutir. La mort survient par paralysie respiratoire et cardiaque.

4° MALADIES DU LARYNX ET DE L'AMYGALE LINGUALE. — Un chapitre important est consacré à cette dernière dont les troubles sont souvent méconnus, même des spécialistes. Fréquemment infectée, elle commande la pathologie de la base de la langue et du carrefour glosso-épiglottique. Son hypertrophie provoque un syndrome dysphagique et paresthésique assez accusé.

Quelques pages intéressantes sur les *pseudo-hémoptysies* (hémorragie des muqueuses pharyngo-laryngo-trachéales) précèdent l'étude des *sténoses laryngées cicatricielles*. Pour s'en rendre maître Citelli pratique la laryngo-trachéostomie de la façon suivante : ouverture en une seule brèche du larynx et des trois premiers anneaux de la trachée, — excision des causes sténosantes —, introduction dans la partie sténosée d'un cylindre de gomme.

Dans les tumeurs laryngées l'auteur pratique la laryngostomie, en une seule séance, sans trachéotomie préliminaire. Il n'est pas enthousiaste de l'hémi-laryngectomie et de la laryngectomie, interventions bien mutilantes pour des résultats par trop incertains.

Citelli crée un nouveau chapitre intitulé : *Névroses hypercinétiques mixtes sensitivo-motrices*, dans lequel il donne libre cours à ses idées personnelles. On y trouve étudiées et présentées sous une forme originale le spasme laryngé. Dans toutes ces manifestations, à pathogénie et étiologie obscures, il s'agit de troubles combinés d'hypéresthésie et d'hypercinésie des muscles laryngés. Il est souvent très difficile d'établir le rôle prédominant des uns ou des autres.

5° MALADIES HYPOPHARYNGO-ŒSOPHAGIENNES ET TRACHÉO-BRONCHIQUES. — Ce dernier chapitre n'est pas inférieur aux autres. Pour l'examen

œsophago et trachéo-bronchique l'auteur utilise le Brunnings (le malade en position de Rose ou assis).

Dans les rétrécissements inférieurs de l'œsophage, infranchissables par voie naturelle, Citelli emploie la dilatation rétrograde bucco-stomacale de von Hacker, avec fil sans fin.

Nous ne pouvons achever l'étude de l'ouvrage sans signaler l'auto-vaccination oncogène que l'auteur préconise dans toutes les tumeurs, en particulier les sarcomes. Sa méthode est basée sur le principe fondamental d'auto-vaccinothérapie; il injecte au malade des filtrats de sa tumeur, pour provoquer dans l'organisme la formation de substances spécifiques, aptes à combattre la maladie. Citelli garde le silence à l'égard du radium et des rayons X, et cela est, pour le moins, étonnant, dans un traité paru en 1920, à l'heure où presque partout, radium et rayons X étaient expérimentés sur une vaste échelle et laissaient entrevoir une arme redoutable contre le cancer.

Quelques mots sur le radium à propos du cancer de l'œsophage; c'est d'ailleurs pour le déconseiller.

\*  
\* \*

Telles sont, non pas les grandes lignes de l'ouvrage, mais plutôt les idées et travaux personnels du professeur Citelli, dont l'autorité scientifique est incontestée à l'étranger comme en Italie. Nous nous sommes appliqué à les mettre en vedette et souhaitons d'avoir réussi.

Ce livre, fort bien édité et illustré, place très haut la spécialité italienne, il mérite d'être traduit en plusieurs langues et d'entrer ainsi dans la bibliothèque de tout spécialiste averti.

LAPDUGE.

**HENRI ABOULKER. — Clinique et iconographie médico-chirurgicales des maladies de la face et du cou.** (Un vol. de 580 p., 420 photogravures). Maloine, Edit., Paris et Heintz, Alger.

L'ouvrage de M. Henri Aboulker n'est pas, et l'auteur s'en défend, un traité d'oto-rhino-laryngologie, un de ces ouvrages didactiques « dans lesquels, dit le professeur Sébilleau dans sa préface, l'histoire des maladies est présentée en long ou en raccourci sous une forme synthétique ». Il s'agit, au contraire, d'un livre de clinique. Ce qu'il y a, en effet, de plus précis ou de moins imprécis en médecine, c'est le résultat de l'examen clinique; l'auteur a donc fait un travail inspiré de l'examen des malades; il en a délibérément éliminé les questions de technique spéciale qui n'intéressent que ceux qui sont appelés à en faire usage. Or, il s'adresse surtout et plus aux praticiens qu'aux oto-rhino-laryngologistes.

Refletant l'influence profonde de son maître, le professeur Sébilleau, l'auteur a traité cet ouvrage d'une façon très originale qui en fait véritablement une nouvelle forme d'enseignement. Chacun des articles est un « morceau de vie hospitalière » dans lequel est examiné un malade, est discuté le diagnostic avec toutes les hésitations qu'il comporte parfois, est institué le traitement. Cet important ouvrage qui comporte deux parties: une partie clinique et une partie iconographique, aborde toutes les questions les plus importantes de la spé-

cialité, mais l'auteur a surtout insisté sur celles qui lui sont le plus personnelles. Partisan convaincu de l'anesthésie locale par infiltration suivant la méthode de Reclus qu'il pratique systématiquement depuis fort longtemps, il a consacré plusieurs chapitres à cette question, s'attachant à démontrer que toutes les interventions sur la tête et le cou sont parfaitement possibles sous anesthésie locale, qu'elle est applicable en particulier au traitement chirurgical de toutes les formes de cancer de la langue et du pharynx et qu'il suffit de proscrire l'anesthésie générale pour modifier favorablement le pronostic opératoire extrêmement sombre que comporte, à l'heure actuelle cette terrible chirurgie. Et, de fait, l'auteur cite des preuves impressionnantes. Il a fait, sur le bucco-pharynx, et sous anesthésie générale, 19 opérations avec 9 morts opératoires et sous anesthésie locale 17 opérations consécutives, de même gravité, avec 17 guérisons opératoires. Il s'agit d'interventions toutes très importantes, souvent extrêmement graves et il semble difficile de produire de meilleur argument en faveur de l'anesthésie locale dont l'auteur, par une idée originale qui en facilite singulièrement l'emploi en colorant la solution anesthésiante au bleu de méthylène. « Le bleu anesthésique », qui guide constamment la main du chirurgien, lui permet de pratiquer toute intervention en toute sécurité, intégralement, sans faire souffrir un seul instant le malade qui n'est pas exposé aux dangers de l'anesthésie générale.

L'important chapitre des affections de l'oreille comprend différents articles traitant de questions personnelles à l'auteur telles que le diagnostic des abcès intra-craniens silencieux à la période ambulatoire, chapitre dans lequel l'auteur oppose au syndrome classique suppuration, hypertension, localisation, les signes pathognomoniques constants et précoces de céphalée et d'obnubilation intellectuelle avec dépression psychique accompagnés assez souvent de ralentissement du pouls. A citer également un article sur la valeur respective des examens cytologique, chimique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien d'une part et de l'examen clinique de l'autre et la supériorité de celui-ci dans le pronostic, le diagnostic et le traitement des méningites, un article sur la trépanation à distance de l'oreille, trépanation temporale ou occipitale, modifiant le traitement classique des complications intra-craniennes des otites, pratiquée par l'auteur depuis près de vingt ans.

Parmi les nombreux articles, tous étayés par de remarquables observations personnelles, des cinq autres chapitres consacrés aux affections du naso-pharynx et des sinus, du pharynx et du cou, du larynx, aux corps étrangers et à l'hydro-climatologie algérienne, mentionnons deux intéressantes études sur l'utilisation des eaux therminérales d'Algérie et sur l'influence du climat méditerranéen sur les maladies des fosses nasales, de la gorge et des oreilles, un cas curieux de constriction permanente des mâchoires, 4 cas de sangsues fixées dans le larynx, deux articles de pratique spéciale sur ce que peut faire le praticien en présence d'un enfant qui étouffe, en présence d'un corps étranger de l'oreille, etc...

La deuxième partie de l'ouvrage, uniquement consacrée à l'iconographie, comprend 420 photogravures toutes intéressantes et démonstratives, certaines tout à fait remarquables comme, par exemple, celles

concernant la syphilis de la face et qui complètent fort heureusement le caractère essentiellement clinique de cet ouvrage original et de valeur auquel nous souhaitons le succès qu'il mérite. PLANTEY.

A. REYN. — **Traitement du lupus par la lumière artificielle.** (*Méthode de Finsen*). *Brit. M. J.*, 22 sept., 1923 p. 499.

Finsen se servait de l'arc voltaïque. Ce sont les rayons ultra-violet qui ont le plus d'effets. Les rayons chimiques pénètrent le corps ; mais ils sont absorbés par le sang. Il faut donc rendre la peau exsangue. Finsen a fait construire un appareil de compression pour expulser le sang de la région à irradier.

Bains de lumière.

Au début, Reyn se servait de l'arc voltaïque qui a un spectre analogue à celui du soleil. L'auteur se servait du courant direct et rendu courant alternatif. Le voltage de la lampe est de 50 à 52 volts. Pour une lampe de 75 ampères, le charbon supérieur doit avoir un diamètre de 31 millimètres, l'inférieur 22. Les lampes ne doivent jamais avoir une enveloppe de verre qui absorbe les rayons chimiques.

*Lupus vulgaires et autres tuberculoses cutanées.* — La lumière concentrée produit une prolifération du tissu sain. Nouvelle formation de vaisseaux et destruction des cellules malades. Un certain nombre de cas est réfractaire. Parfois, la maladie a des tendances à progresser si rapidement qu'elle résiste au traitement ou qu'elle récidive. Reyn a eu 90 % de guérisons permanentes.

*Tuberculoses chirurgicales.* — En huit ans, Reyn a traité 449 malades, 145 tuberculoses fermées, 294 avec fistules et abcès. La plupart des articulations sont redevenues mobiles. Les tuberculoses chirurgicales doivent être traitées par la méthode de Finsen, non seulement chez les enfants, mais aussi chez l'adulte quand on n'a pas le soleil à sa disposition. La chirurgie ne doit intervenir qu'en cas de séquestres ou de fistules, pour corriger des ankyloses ou autres difformités, pour extirper la lésion tuberculeuse si elle résiste.

Ce sont les rayons ultra-violet qui agissent principalement. Il vaut mieux employer l'arc voltaïque que les lampes à vapeur de mercure. Au début, on donnera un bain de trente à quarante minutes tous les deux jours. Puis on pourra le faire pendant deux heures et demie à condition qu'il n'y ait pas de fièvre, ni de tuberculose pulmonaire. Avec la lampe mercurielle, le bain sera de cinq à dix minutes. 13 figures.

KAUFFMANN (*Angers*.)

SEQUEIRA. — **Traitement de la tuberculose cutanée**, *Br. M. J.* 22 septembre 1923, p. 503.

Il faut distinguer le lupus non ulcéré et le lupus ulcéré. Ne jamais essayer le traitement par les rayons X, de peur de faire dégénérer le lupus ulcéré en cancer. Dans le lupus ulcéré il faut combiner le traitement général avec le traitement local.

Dans les cas incurables, le traitement général est important. On peut essayer le traitement par la tuberculine. L'antigène dégraissé de Dreyer peut rendre des services.



Le lupus nasal peut être traité avec succès par les bains de lumière. Il faut combiner le traitement local par la méthode de Finsen avec les bains de lumière généralisée sur toute la surface du corps (face antérieure et face postérieure). Il faut se servir d'une lampe de 50 ampères.

KAUFFMANN (Angers).

I. FRANK ET F. SSRAUSS. — **Etude de l'action du calcium sur l'intoxication cocaïnique expérimentale.** *Journ. of the Amer. Méd. Assoc.*, t. LXXX, n° 26, 30 juin 1933, p. 1908.

Des expériences pratiquées, il ressort que l'action du lactose et du chlorure de calcium n'est pas directement antagoniste de celle de la cocaïne. Les convulsions surviennent aussitôt après l'injection de cocaïne, même si on a administré une grosse dose de calcium préalable. Après l'injection de ce dernier sel les lapins ne résistent pas à une dose sensiblement plus forte que la dose mortelle. Lorsque les solutions de cocaïne et de calcium sont mélangées, il paraît y avoir un léger accroissement de la tolérance pour la cocaïne, mais ceci peut être dû à la dilution plus grande de la solution.

Ces expériences ne confirment donc pas les affirmations de Mayer et on ne peut donc compter sur l'efficacité du lactate ou du chlorure de calcium dans l'intoxication cocaïnique aiguë.

DE GORSSE. — **Les otites moyennes catarrhales, leur importance au point de vue fonctionnel et leur traitement par les vaporisations sulfurées (Bagnères-de-Luchon).**

Dans cette brève communication, l'auteur rappelle les méfaits de l'otite moyenne catarrhale et insiste sur la nécessité — notion classique — de les soigner dès leur début. Après libération chirurgicale du nez et du caumu il préconise le traitement du catarrhe tubo-tympanique par les insufflations de vapeurs sulfureuses naturelles. Depuis 40 ans, il a par ce procédé obtenu de nombreux succès à Bagnères-de-Luchon. Ceux de nos confrères qu'intéresse la question de technique trouveront de plus amples détails et une photographie de l'appareil employé dans un récent fascicule des Monographies internationales.

R. WISNER.

H. R. LYONS. — **Otite moyenne à la suite d'opérations sur le ganglion de Gasser.** *Annals of. otol.*, t. XXXII, n° 2, juin 1923, p. 457.

Voici ce qu'on observe parfois, quelques jours ou quelques semaines après ces interventions. Avec très peu de douleurs ou même sans douleurs, apparaît une surdité aiguë et une sensation de plénitude dans l'oreille du côté opéré. Objectivement on constate du liquide dans la moitié inférieure de la cavité, en même temps que le tympan est pâle et flaccide. L'auteur taxe ces cas d'« otite », parce qu'il pense non à une transsudation, mais à une exsudation de la muqueuse.

tympanique. Cette dernière est le siège de troubles trophiques, consécutifs à l'opération. On sait en effet les connexions qui existent entre le plexus tympanique et la racine sensitive du trijumeau. Un long rappel de l'innervation de la caisse du tympan et du conduit est alors exposé.

L'auteur a vu 8 cas analogues, dont il rapporte 4. Dans tous on avait pratiqué la section de la racine sensitive. Dans l'un d'eux on avait antérieurement fait une injection d'alcool ; et celle-ci avait déjà été suivie des symptômes sus décrits auxquels avait en plus succédé une rupture spontanée du tympan avec issue de liquide séreux.

Il estime que le processus offre quelque analogie avec le zona otitique. Il tire argument de ces faits pour soutenir que les complications cornéennes, souvent observées dans ces opérations ne sont pas d'origine traumatique, mais exclusivement trophique.

A. PIETRI. — **Un cas d'abcès « sous périosté temporal de Luc ».** *Revista de Medicina y Cirugia* (Caracas) 31 mai 1923, n° 60, p. 94.

Enfant de 12 ans qui cinq jours après le début d'une otite aiguë, ayant suppuré seulement les deux premiers jours présentait de l'œdème derrière l'oreille, douloureux uniquement à la pression. Aucun phénomène général, le tympan est cicatrisé, légèrement enfoncé. L'œdème gagne la région temporale et est beaucoup plus supra-auriculaire que mastoïdien. En aucun point la mastoïde n'est douloureuse. En présence des trois symptômes décrits par Luc : otite fugace, inflammation supra-auriculaire et œdème temporal, on pratique la trépanation de la mastoïde. Petite quantité de pus dans l'antre et dans les cellules temporales, pointe saine. Guérison rapide.

J. CUVILLIER.

L. NATANSON. — **Les fistules salivaires, consécutives aux interventions sur la mastoïde.** *Zeitschs. f. Hals*, t. 5, f. 2, p. 176.

Cette complication rare (le cas relaté est le seul observé sur plusieurs centaines de mastoïdectomies) tient à la lésion de la parotide par incision menée trop en avant à sa partie inférieure. Ce défaut d'incision arrive encore assez souvent quand, au cours de l'opération, on est obligé de se donner par en bas plus de jour que n'en a fourni l'incision primitive. Cette fistule reste inaperçue pendant les pansements parce que la sécrétion salivaire se trouve mélangée à celles parvenant de la plaie. On ne s'en aperçoit qu'au moment de la cicatrisation. Pour l'éviter, N. conseille de faire toujours l'incision mastoïdine très en arrière du sillon rétro-auriculaire.

J.-CH. MUNYO. — **Un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral ; guérison.** *Revista médica del Uruguay*, janvier 1923.

A l'occasion d'un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral guéri par l'ouverture précoce du sinus latéral et ligature de la jugulaire interne, l'auteur insiste sur les bons résultats que l'on peut obtenir par le traitement chirurgical, à condition que le diagnostic soit précoce,

ce qui est en général facile quand, au cours d'une otite chronique, apparaissent frissons, température à grandes oscillations, céphalée, douleur très marquée à la pression du paquet vasculo-nerveux du cou.

Jean ROUGET.

A. PIETRI. — **Syndrome de Gradenigo.** *Revista d. medicina y. Cirugia* (Caracas), 30 septembre 1922, n° 51, p. 214.

Malade ayant fait une otite grippale gauche ; au 15<sup>e</sup> jour violentes douleurs fronto-pariéto-occipitales, suivies quelques jours après d'amblyopie de l'œil gauche et de larmoiement. Dans les périodes de crises douloureuses, mouvements rythmiques du bras droit et parfois aussi du gauche. Au 25<sup>e</sup> jour, une paracentèse agrandit la perforation et cinq jours après la suppuration disparaît complètement. Néanmoins les douleurs deviennent plus fortes et l'on constate une paralysie complète des VI<sup>e</sup> et IV<sup>e</sup> paires à gauche et de la stase papillaire.

En présence de ces symptômes et malgré une mastoïde paraissant saine, on pratique la trépanation. Un peu de pus dans l'antre et à la pointe. Dès le lendemain ; disparition de la douleur fronto-pariéto-occipitale et amélioration de la vision. Au 8<sup>e</sup> jour, vision normale et disparition des paralysies oculaires.

J. CUVILLIER.

C.-F. YERGER. — **Abcès cérébelleux otitique.** *Journ. Ann. Med. Ass.*, 1923, 27 janvier, t. 89, n° 4, p. 214.

Malade qui fut opéré une première fois, à cause de signes de réaction méningée au cours d'une otite chronique. Mais on ne trouva rien dans la mastoïde scléreuse. Cependant le même état persistant, et des signes de parésie apparaissent ensuite du côté des nerfs 5, 7 et 12. On pense à un abcès extradural comprimant ces nerfs à leur sortie du pont. Mais cette exploration étant négative, on ponctionne le cerveau, puis le cervelet. Dans ce dernier on trouve un abcès de 15 centimètres cubes de volume environ. Mort le lendemain.

Yerger pense que ce fut une erreur de n'avoir pas fait cette exploration cérébelleuse dès la première intervention, puisque l'absence de lésions mastoïdiennes ne confirmerait pas suffisamment le diagnostic de méningite symphatique. D'autre part la mastoïdite scléreuse prédisposant aux complications intracrâniennes, on aurait dû attacher plus d'importance aux antécédents de vertiges avec chute du côté de l'oreille malade. Le vestibule étant excitable, on aurait dû, dans ce cas, songer à la possibilité d'une lésion cérébelleuse.

Finalement l'auteur admet qu'il s'agit d'un abcès métastatique résultant d'une infection hématogène, partie de l'oreille moyenne et ayant suivi la voie de la circulation générale.

H. CLAUDE et P. OURY. — **Réactions méningées et épanchements méningés puriformes aseptiques au cours de lésions en foyer de l'encéphale.** *Gazette des Hôpitaux*, n° 45, 5 et 7 juin 1923.

Classification générale des états méningés :

1<sup>o</sup> Réactions méningées au cours d'états infectieux ; a) au cours des

maladies infectieuses générales, *b*) dans les infections de l'axe encéphalo-médullaire, *c*) au cours des suppurations d'oreille, *d*) états méningés infectieux d'origine indéterminée.

2° Réactions méningées au cours d'états toxiques : saturnisme, urémie.

3° Réactions méningées au cours de lésions en foyer de l'encéphale. Elles peuvent se rencontrer dans : l'hémorragie cérébrale, le ramollissement cérébral, la tumeur cérébrale.

L'historique de la question montre qu'elle est encore mal connue et a été peu étudiée, la première observation remontant à 1901.

Les manifestations sont très variables et vont du syndrome méningé aigu à la latence clinique complète avec altération du liquide céphalo-rachidien comme seul signe.

*a*) Le syndrome méningé peut se présenter dans toute sa pureté comme dans une méningite aiguë ou subaiguë ; à ces symptômes méningés peuvent s'ajouter des signes de l'atteinte encéphalique, hémiparésie, phénomènes convulsifs, paralysies oculaires.

*b*) Le syndrome méningé peut-être seulement ébauché ;

*c*) Le plus souvent toute manifestation clinique du syndrome méningé est absente. La ponction lombaire révèle seulement une réaction des méninges.

*Etude du liquide céphalo-rachidien. — A. — Réaction puriforme aseptique.* — Le liquide céphalo-rachidien peut avoir sa tension normale ou être hypertendu. Son aspect est d'un louche jaunâtre ou franchement purulent, verdâtre. Sa richesse cellulaire est abondante : les polynucléaires varient de 60 à 95 % ; ils sont intacts. Les lymphocytes et les mononucléaires sont peu nombreux : 5 à 10 % en général. Les lymphocytes se flétrissent rapidement. L'examen bactériologique, l'ensemencement, l'inoculation restent négatifs ; l'hyperalbuminose est de règle ; la glycorachie variable.

L'évolution de ces épanchements peut être suivie par des ponctions répétées. Les rémissions cliniques sont accompagnées d'un retour du liquide vers la normale ; les rechutes font réapparaître un liquide puriforme.

*B — Réaction cytologique à polynucléaires.* — Le liquide céphalo-rachidien est macroscopiquement normal. On trouve à l'examen des polynucléaires intacts en nombre assez variable, albuminose légère.

*C. — Réaction lymphocytaire.* — Il peut y avoir seulement réaction lymphocytaire fruste, avec taux normal d'albumine.

Souvent il n'y a pas de parallélisme entre les signes cliniques et les modifications du liquide céphalo-rachidien.

Par contre, les réactions cytologiques sont presque toujours en rapport avec l'intensité des lésions anatomiques de l'encéphale.

*Pronostic.* — Les réactions méningées constituent un élément d'aggravation du pronostic déjà sombre des affections encéphaliques.

Suivent une série d'observations résumées ayant trait à des réactions méningées au cours des hémorragies cérébrales, du ramollissement cérébral, des tumeurs cérébrales. Au sujet de ces dernières les auteurs font observer qu'ils ont seulement retenu les faits de réaction inflammatoire banale des méninges, en écartant les cas où les méninges se trouvaient envahies par le processus néoplasique.



**DIAGNOSTIC.** — Quand le syndrome méningé est net on croit souvent avoir affaire à une méningite aiguë (cérébro-spinale) ou trainante (tuberculeuse-syphilitique).

Une hémorragie méningée minime accompagnant une hémorragie cérébrale peut donner un syndrome méningé.

**PATHOGÉNIE.** — Au cours de la lésion encéphalique il se produit une réaction inflammatoire : dilatation des capillaires, diagnostic leucocytaire intense. Quand le foyer est cortical, la réaction inflammatoire s'étend aux enveloppes méningées et est l'origine des altérations du liquide céphalo-rachidien.

Maurice BUNEAU.

**A.-G. POILMAN et P.-W. KRANTZ.** — Les effets des changements de pression dans le conduit auditif externe sur l'acuité auditive. *Annals of otol.*, 1923.

Au moyen d'un dispositif d'appareillage élégant, mais dont la description ne prête pas à un résumé, les auteurs ont trouvé que l'oreille moyenne de l'homme, dans des conditions normales, est probablement soumise à une légère pression négative. De plus, une pression négative de 10 centimètres d'eau de l'air du conduit auditif externe, augmente l'acuité auditive et augmente la transmission des sons à travers la caisse par les trois moyens suivants : diminution de la tension du tympan, augmentation de la tension des attaches du marteau à la membrane et peut-être équilibration de la pression aérienne sur les deux faces de la membrane.

La pression négative plus ou moins constante, dans la caisse laisse à croire que la trompe ne sert pas à équilibrer la pression sur les deux faces du tympan aussi souvent qu'on l'admet habituellement.

**S. KOMPAJENETZ.** — L'influence de l'assourdissement artificiel d'une oreille sur le pouvoir auditif de l'autre oreille. *Mon. f. Ohr.*, t. LVII, f. 8, p. 687.

Quoique l'auteur pour ses recherches se soit exclusivement servi de l'appareil de Barany, on s'étonnera à bon droit que dans les citations et l'index bibliographiques cependant assez copieux, le nom et les travaux du regretté E. Lombard aient été systématiquement omis. Les expériences minutieuses du professeur d'Ekaterinoslaw confirment d'abord un fait d'observation banale et connue depuis longtemps : l'abaissement du pouvoir auditif du côté opposé vis-à-vis de certains diapasons (tons bas et tons élevés surtout) et l'abaissement moindre de l'audition à la voix. Mais, avec Barany, il admet que dans l'ensemble l'audition d'une oreille partiellement sourde n'est pas influencé par l'assourdissement de l'oreille saine.

L. B.

**POPOFF.** — A propos des lésions provoquées expérimentalement au niveau du limaçon par les excitations sonores. *Mon. f. Ohr.*, t. LVII, 1923, f. 8, p. 704.

Expériences faites sur des souris blanches, uniquement en utilisant la conduction aérienne ; l'hyperexcitation labyrinthique s'est

donc faite par la voie de la caisse, contrairement à l'opinion de Witmaak. Le processus atrophique commence au bout d'une semaine au niveau des cellules de Corti, puis s'étend à l'appareil terminal du premier neurone acoustique pour s'étendre enfin aux autres parties de ce dernier, et aux parties avoisinantes de l'appareil membraneux.

Lorsque ces excitations sonores (faites toujours avec des sons aigus) durent longtemps (un an), la paroi osseuse du limaçon se modifie à son tour par un processus hyperplasique. Trois facteurs interviennent pour déterminer les lésions ; la hauteur du ton utilisé, son intensité et la durée de l'expérience. Ces constatations trouvent leur application dans la surdité professionnelle.

D'autre part les recherches de l'auteur ne confirment pas la théorie de la résonance d'Helmholtz ; ce sont en effet les sons graves qui lui ont montré des lésions du tour de spire inférieur.

**MACKENZIE. — La différenciation de la neuro-labyrinthite syphilitique et de la labyrinthite syphilitique tardive.** *Ann. of. Otol.*, t. XXXV, n° 3, p. 847, sept. 1923.

Ces deux formes de  $\Sigma$  de l'oreille interne sont deux affections entièrement différentes, survenant à des stades très différents de la même maladie et présentant un aspect pathologique et clinique et un pronostic dissemblable ; de plus elles peuvent exiger un traitement entièrement différent.

En 1907 ou 1908, alors qu'on étudiait la réaction galvanique sur un grand nombre de sourds-muets, on observa que dans la majorité des surdités dites nerveuses, le nerf acoustique présentait une réaction négative, tout particulièrement dans les cas où la  $\Sigma$  était en cause. La réactivité de la branche vestibulaire était considérée comme négative, si ni l'électrode positive, ni l'électrode négative appliquée sur le méat auditif externe (avec un courant de 20 milliampères, ou aussi fort que le malade pouvait le supporter) arrivait à produire le moindre trouble dans le nystagmus existant ou à provoquer un nystagmus, s'il n'y en avait pas auparavant. On employait généralement une épreuve de contrôle, celle de l'ouverture et de la fermeture du courant, en utilisant d'abord la cathode, ensuite l'anode avec un courant de 6 milliampères.

On procédait de la même manière pour la branche cochléaire ; toutefois la réaction positive était indiquée par des bourdonnements. Si l'on n'obtenait aucune réaction ni avec 20 milliampères, ni même avec la cathode, on pouvait conclure que le nerf ne réagissait plus. Normalement on obtient un son, comme un grondement dans l'oreille du côté de l'électrode appliquée avec un courant de fermeture cathodique ou d'ouverture anodique de 6 milliampères.

Cà et là on a trouvé des cas parmi le groupe syphilitique des surdités qui malgré une surdité complète et une réaction négative du labyrinthe vestibulaire aux épreuves rotatoire et calorique, présentaient une réaction électrique entièrement normale, ce qui fait croire à première vue que Barany a peut-être raison en prétendant que l'épreuve galvanique n'a aucune valeur clinique, mais à présent l'explication en est assez simple.

La neuro-labyrinthite syphilitique devrait plutôt être étiquetée

méningo neuro-labyrinthite ; car s'il n'y a pas de méningite, il n'y a pas de névrite. La névrite acoustique est le résultat d'une extension de méningite et c'est même la forme d'extension la plus fréquente par rapport aux autres nerfs craniens. La névrite acoustique syphilitique est plus fréquente que la névrite optique syphilitique. Il est douteux que la méningite survienne toujours sans quelque altération de la VIII<sup>e</sup> paire, et plus la méningite est prononcée, plus la névrite est développée. Les trouvaillies pathologiques montrent des lésions méningées au plus haut degré dans l'infiltration syphilitique alors que celles de la VIII<sup>e</sup> paire sont moins accusées et celles des espaces labyrinthiques le sont à peine.

Dans la seconde forme de  $\Sigma$  de l'oreille interne, dans la labyrinthite  $\Sigma$  tardive, le labyrinthe subit en premier lieu les altérations, alors qu'à ce moment le nerf échappe entièrement à toute recherche utile. Les troubles de ce côté-là n'apparaissent que tardivement, habituellement dans la forme  $\Sigma$  héréditaire, en formant un des symptômes de la triade de Hutchinson. D'après l'auteur il ne s'observe jamais avant la 5<sup>e</sup> année, plus souvent au moment de la puberté et très rarement après la trentaine. L'auteur a rapporté un cas de  $\Sigma$  congénitale s'étant manifesté à 43 ans.

Les aspects cliniques de ces deux formes de  $\Sigma$  labyrinthique diffèrent suffisamment pour permettre une distinction rapide. Dans la névrite de la VIII<sup>e</sup> paire, la lésion étant assez prononcée pour altérer la conduction du nerf, l'altération peut être découverte par l'épreuve galvanique. Dans des labyrinthites avec intégrité nerveuse la réaction galvanique reste normale. L'auteur a observé beaucoup de cas de labyrinthite  $\Sigma$  tardive bilatérale avec perte complète de la fonction vestibulaire pour l'épreuve rotatoire et calorique, et réaction parfaitement normale à l'épreuve galvanique. Puis on connaît des cas de surdité complète bilatérale avec réaction galvanique normale de la branche cochléaire. D'autres cas de perte bilatérale des fonctions cochléaire et vestibulaire due à une labyrinthite tardive montraient une réaction normale des deux branches à l'épreuve galvanique.

Grâce à son expérience l'auteur est arrivé à donner sans hésiter la préférence aux épreuves fonctionnelles dans les cas douteux s'il avait à choisir entre celles-ci et la réaction de Wassermann. Dans certains cas d'altération cochléaire ou vestibulaire moyenne ou même au début la réaction galvanique et les épreuves fonctionnelles ont permis plus rapidement que par d'autres méthodes, l'institution d'un traitement rationnel.

A. QUIRIN.

G.-V.-TH. BORRIES. — **Recherches cliniques sur les accès de nystagmus provoqués par des mouvements et des attitudes de la tête.** *Monatsch. f. Ohrenh. u. Laryngo-Rhinol.*, 1923, n° 8, p. 644.

Nous savons grâce surtout aux travaux de Barany que le nystagmus statocinétiqne (produit par des mouvements rapides ou par des attitudes de la tête) peut adopter la direction identique ou opposée à celle du mouvement qui l'a déclenché. C'est une règle générale qu'il

nous faut admettre pour l'instant à défaut de lois que des recherches ultérieures pourront préciser.

Les recherches soulèvent un triple problème : de provoquer par des changements d'attitude de la tête, les impulsions statiques cinétiques et réflexes, et d'en distinguer les effets. Le nystagmus statocinétique n'est nullement caractéristique d'une certaine affection labyrinthique ; au contraire, on le rencontre dans de nombreuses affections telles que les premiers jours après la destruction labyrinthique dans toutes les lésions périphériques de l'appareil auditif, si l'élément vestibulaire est également atteint et enfin dans toute une série d'affections intracrâniennes (sclérose en plaques, tumeurs cérébelleuses, encéphalite aiguë, méningite syphilitique, intoxication nicotinique et alcoolique). Dans cet ordre d'idée l'auteur croit devoir interpréter la névrite partielle aiguë du nerf otolithique comme entité nosologique bien définie par le déclenchement statique de nystagmus et de vertige. C'est, en somme, l'analogie des névrites dites rhumatismales, (nerf facial, trijumeau).

Mais il existe des cas, et l'auteur en rapporte un, où le nystagmus ne peut se produire par suite d'arrêt ou faute de conditions prédisposantes. Ce nystagmus occulte est susceptible d'être éveillé de son état latent, et c'est à quoi servent en première ligne les recherches par les mouvements et les attitudes de la tête.

On ne peut nier la valeur clinique de ces recherches ; les observations de ces accès de nystagmus et de vertige nous permettent de comprendre et d'interpréter les plaintes des malades. Le diagnostic n'en bénéficie guère ; mais elles rendent possible la constatation d'une certaine anomalie et de l'existence d'une base organique pour leurs vertiges chez les malades atteints de traumatismes crâniens ; d'autre part on peut faire des déductions sur la compensation éventuelle dans les cas de destruction labyrinthique. Il est même possible que des études ultérieures permettent d'établir des types de nystagmus correspondant à des formes nosologiques précises.

L'auteur cherche à donner une explication du phénomène nystagmique statocinétique. Dans l'ensemble l'apparition du nystagmus après des mouvements rapides (forme cinétique) s'explique assez facilement si l'on tient compte que normalement la rotation de la tête engendre un mouvement nystagmique des yeux dans le même sens.

Quant au déclenchement du nystagmus statique l'auteur est moins exclusif que Barany qui n'en fait qu'un phénomène otolithique. Pour lui d'autres facteurs interviennent tels que le déplacement de la masse cérébrale et sa pression, la répartition sanguine, les otolithes conservant néanmoins leur influence certaine dans quelques cas. En dehors des accès de nystagmus on a essayé d'employer pour le diagnostic des affections otolithiques le principe de la toute rotative des yeux et la recherche du tonus musculaire des deux côtés du corps. Mais avant de pouvoir les utiliser, des recherches ultérieures sont indispensables pour rendre vraiment pratiques ces méthodes encore trop peu connues.

A. QUIRIN.



L. SELLING ET B. KISTNER. — **Les épreuves labyrinthiques dans le diagnostic des affections cérébelleuses.** *Journ. Of. A. M. A.*, t. LXXXI, 6 octobre 1923, n° 14, p. 1.194.

Les auteurs rapportent les quatre observations suivantes : 1° Tumeur cérébelleuse avec réponses typiques aux différentes épreuves ; 2° tumeur du lobe frontal, avec réponses cérébelleuses normales ; 3° tumeur cérébelleuse avec réponses cérébelleuses normales ; 4° tumeur ponto-cérébelleuse.

Dans ce dernier cas, on ne trouva pas le syndrome typique de I. Jones (inexcitabilité pour toute la VIII<sup>e</sup> paire homolatérale, inexcitabilité des canaux verticaux contra-latéraux). Dans le cas relaté, il y avait en effet une réaction inversée dans le nystagmus provoqué par excitation des canaux verticaux et horizontaux contro-latéraux. Il faut considérer qu'une tumeur de l'angle peut produire deux choses : 1° une pression sur les nerfs cochléaire et vestibulaire homolatéraux suffisante pour modifier ou détruire leurs fonctions ; 2° une pression sur le Pont suffisante pour intervenir dans les réponses du labyrinthe contro-latéral. Plusieurs éventualités peuvent alors être réalisées. Ou le système vertical peut être complètement inhibé, comme dans le syndrome de Jones ; ou il est hypoexcitable ; ou bien comme dans le cas décrit, les deux systèmes, horizontal et vertical, répondent par un nystagmus atypique.

En somme, en cas de tumeur P. C., il faut distinguer les symptômes de compression ou de blocage direct (surdité et inexcitabilité homolatérales) et les symptômes indirects, — résultant de la compression du Pont ou du cervelet. La compression du Pont amène une perturbation dans les voies de conduction correspondant à l'un ou l'autre système de canaux ou bien à tous les deux à la fois ; le résultat en est la perte, l'amoindrissement ou l'atypisme des réponses aux épreuves. La compression du cervelet détermine une déviation de l'index spontanée et la chute ; mais à moins que la compression soit très forte, les phénomènes réactionnels sont intacts.

En ce qui concerne les tumeurs cérébelleuses, nous retrouvons la même division en symptômes directs et indirects. Comme symptôme direct, nous avons la perte de la réaction de la déviation de l'index, dans une direction ou dans une autre, de l'extrémité homolatérale. Les symptômes indirects résultent de la compression du Pont, uni ou bilatérale ; d'où, suivant le siège et le degré de cette pression, la perte, l'affaiblissement ou l'atypisme des réponses d'un ou plusieurs canaux ; en fait les voies des canaux verticaux sont plus souvent touchées.

De même pour les tumeurs supratentorielles ; mais celles-ci peuvent ne produire que des symptômes indirects. Lyons dit qu'elles donnent de l'hyperexcitabilité, aussi bien des réactions ayant leur point de départ au niveau du pont que de celles du cervelet : nystagmus, vertige, et déviation de l'index sont exagérés. Cela n'est cependant pas toujours le cas et parfois, sans qu'on puisse jusqu'à présent en voir clairement la raison, les réponses du pont et du cervelet sont diminuées. En ce qui concerne la réaction du pont, on rencontrera souvent l'hypoexcitabilité d'un ou des deux systèmes verticaux. En ce

qui concerne le retentissement sur le cervelet, on pourra avoir une déviation spontanée du bras dans une direction; tandis que (le cervelet étant lui-même intact), la direction provoquée de ce bras dans la direction opposée sera conservée. Il faut aussi signaler le phénomène, décrit par Barany puis par Karlefors, dans certains cas de tumeurs supratentorielles : diminution de la déviation en dehors (ou une exagération de la déviation en dedans). Ce phénomène peut être uni ou bilatéral. S'il est bilatéral, il s'accompagne en général d'un déplacement tel que la déviation est croisée. Tel était le cas dans l'observation rapportée de tumeur du lobe frontal.

Les auteurs résument leur exposé dans le tableau suivant :

A. — *Tumeurs supratentorielles* :

1° Exagération des réponses du Pont (nystagmus) ou du cervelet (déviation de l'index) ou des deux.

2° Affaiblissement des réponses du Pont (nystagmus affaibli ou atypique); particulièrement en ce qui concerne le système des canaux verticaux.

3° Existence de toutes les réponses du cervelet.

4° Diminution de certaines réponses du cervelet, notamment de la déviation en dehors. Cela peut produire le phénomène de la déviation croisée, spontanée ou provoquée.

B. — *Tumeurs cérébelleuses* :

1° Déviation spontanée d'un bras dans une direction, avec perte de la déviation provoquée dans la direction opposée. Ou bien pas de déviation spontanée et perte de la déviation provoquée dans une direction.

2° Symptômes de compression du Pont : perte, diminution, atypisme des réponses, spécialement au niveau des voies des canaux verticaux, mais aussi bien (quoique moins souvent) des canaux horizontaux.

C. — *Tumeurs ponto-cérébelleuses*.

1° Perte ou gros affaiblissement des réponses des nerfs cochléaire et vestibulaire du même côté.

2° Symptômes de compression du Pont : comme dans B.

3° Symptômes de compression du cervelet (hémisphère homologue) : diminution de la déviation du bras homolatéral mais conservation de la déviation provoquée.

Avec beaucoup de juste réserve, les auteurs disent que si ces signes permettent parfois de faire un diagnostic, ils ne sont pas spécifiques. La compression générale et locale produise des effets qui s'entremêlent. Mais, avec une interprétation correcte, les épreuves labyrinthiques peuvent être utiles dans le diagnostic.

J. CUVILLIER.

H. LUC. — **Examen critique des méthodes d'ouverture des antres maxillaires et frontaux par voie endo-nasale.** *Monographies oto-rhino laryngologiques internationales*, n° 10, 1<sup>re</sup> partie.

Quoique l'auteur de ce travail ait toujours préconisé l'ouverture de ces cavités soit par la voie externe soit par la bouche, il a dans certains cas employé la méthode endonasale, soit en raison de la simplicité de l'acte opératoire à proposer, soit dans le but d'éviter une

cicatrice éventuelle. Quelles sont les indications et quels sont les résultats?

*Antre maxillaire.* — Le détestable procédé de l'ouverture par la voie de l'alvéole dentaire a été détruit par celui de la large ouverture momentanée avec drainage nasal. L'avantage de ce dernier a d'abord conduit à la ponction du sinus par le méat moyen ou inférieur. Mickuliez, Rethe, Löthrop, Vacher, Escat, Claoué créent une large ouverture à la partie antérieure du méat inférieur pour drainer, irriguer et aérer le foyer.

Après ablation de la moitié antérieure du cornet inférieur, Mickuliez pratique au bistouri une petite ouverture du méat. Escat, Vacher, Claoué, pratiquent une large ouverture à la fraise (Escat) au tour électrique (Vacher) à la gouge et au maillet (Claoué). Les uns y adjoignent le curettage (Vacher), d'autres se contentent de lavages (Claoué). Luc ne veut pas attribuer à la résection du cornet la formation de croûtes. On a également reproché à ces opérations de donner un moins bon résultat que l'ouverture large par la fosse canine, suivie de drainage nasal. Mais ne voit-on pas souvent, en chirurgie, proposer une opération plus simple, quoique de résultat incertain pour tenter d'éviter une opération plus grave; par exemple, dans le cas d'un cancer intralaryngé peu étendu, une laryngotomie à la place de l'ablation totale du larynx, et encore que le Caldwell-Luc ne soit pas à comparer avec la laryngectomie? En dernier lieu l'auteur fait aux ponctions diamétriques le reproche de mal drainer, de risquer d'infecter le sinus frontal et d'exposer aux fausses routes.

Watson-Williams remit à Luc au cours de la guerre son instrument qu'il avait conçu pour l'ouverture du sinus frontal, lui permettant d'agir sur l'os à la façon d'une râpe. Luc employa avec succès, comme Watson-Williams de son côté, cet instrument à l'ouverture du méat inférieur.

Après que le diagnostic de probabilité est posé par les moyens habituels, il anesthésie le méat inférieur. On introduit l'extrémité de la râpe, crochet dirigé en dehors, aussi loin que possible sous le cornet inférieur, et lorsqu'on s'est porté suffisamment en arrière, en poussant vigoureusement en dehors, la pénétration de l'instrument s'opère avec facilité. Cela fait, on exécute des mouvements de va-et-vient, d'arrière en avant pour agrandir l'ouverture; finalement on retire vigoureusement l'instrument au dehors et avec le crochet on amène quelques particules osseuses. Pour favoriser l'exécution de cette manœuvre, aussitôt que la râpe est introduite, l'opérateur se lève et pendant la durée du deuxième temps de l'opération, tient la tête du patient embrassée avec son bras gauche.

Luc n'a pratiqué que dans un seul cas l'ablation de la partie inférieure du cornet inférieur, et encore était-ce moins pour favoriser l'introduction de la râpe, que pour faciliter celle de la sonde destinée aux lavages ultérieurs.

Une fois la râpe retirée, il faut faire souffler le malade par la fosse nasale opérée, et on fait ainsi sortir le pus. Puis on introduit par l'orifice ainsi créé une sonde à bec légèrement courbé, au besoin un gros numéro de sonde d'Hard et on lave le foyer. A la faveur de cette ouverture, on pourra pratiquer ultérieurement les lavages et à

l'occasion de chaque mouchage le malade assurera le drainage et l'aération de son foyer.

Cette intervention combine les avantages d'une ponction et du lavage, avec ceux de l'intervention de Claoué. De plus en raison de la facilité avec laquelle ressort le liquide de lavage, le danger d'infection du sinus frontal est écarté.

L'hémorragie est, en général, insignifiante ; celle-ci semble-t-elle devoir durer, et le patient doit-il rentrer chez lui, on introduit dans le méat inférieur, et jusque dans la brèche d'élargissement une mèche de gaze iodoformée qui reste en place pendant quarante-huit heures. De même, après le premier lavage, pour éviter un érysipèle possible on badigeonne les bords de la plaie avec de la glycérine iodo-iodurée au 1/15.

Après deux ou trois lavages la tendance à la guérison s'accuse, à condition d'avoir fait pratiquer l'avulsion de la dent susceptible d'avoir causé l'infection de l'antre. Mais par contre, si, après six lavages la suppuration persiste abondante, on est conduit à faire un Caldwell-Luc.

Du reste au cours de cette opération l'introduction de la râpe par la brèche transméatique antérieure joue le rôle d'un guide précieux pour l'élargissement de l'hiatus de drainage, avec la gouge et le maillet en permettant de ne pas dépasser supérieurement l'insertion du cornet inférieur. Dans la suite cette brèche restera permanente ou s'obturera.

Ce procédé sert donc en même temps au diagnostic et au traitement. Dans les cas aigus, lorsque la dent a été enlevée, les malades guérissent la plupart du temps. Dans les cas chroniques il sert également au diagnostic et épargne généralement une opération radicale. L'auteur fait remarquer que depuis qu'il utilise cette méthode, il n'a fait que rarement le Caldwell-Luc.

*Antre frontal.* — L'ouverture par l'intérieur de la fosse nasale n'est pas encore entrée dans la pratique courante en France.

Seul Vacher l'utilise et encore son procédé opératoire était-il considéré comme un tour d'adresse dont l'exécution devait être considérée comme périlleuse.

En 1912, Mosher de Bosten donna à la Société américaine de laryngologie des points de repère exacts facilitant son exécution. Luc répéta le procédé sur le cadavre et l'année suivante donna en France le même exemple. Il se sert comme point de repère de l'aggar nasi où la paroi osseuse est si peu résistante que par pression de la curette on pénètre facilement par effraction dans la cellule osseuse et de là, de bas en haut, avec la même facilité dans l'antre frontal qui lui est directement superposé. Cette orientation de l'instrument de dedans en dehors exclut tout danger de lésion de lame criblée. Au début Luc se servait comme Mosher de la curette ; ultérieurement il employa la râpe de Watson-Williams. Les râpes de Vacher, comme la fraise peuvent également être employées avec avantage.

Segura de Buenos-Aires imagine en 1905 un procédé de traitement semblable. Luc estime que la râpe de Watson-Williams est d'introduction plus facile tandis que celle de Vacher râpe mieux.

Le manuel opératoire est le suivant : anesthésie par attouchement,



comme pour l'antre maxillaire ; éventuellement, injection de novocaïne à 3 centimètres de profondeur sous le toit de la cavité orbitaire en un point situé entre le tiers interne et le tiers moyen de l'arcade.

La tête devra pour bien mettre en évidence l'extrémité des cornets être fortement renversée en arrière. L'attaque se fait sur la saillie (point de repère). Ou bien au cas où celle-ci n'est pas visible sur la partie la plus antérieure et la plus haute du cornet moyen, en même temps que l'on exerce une pression dirigée en dehors et aussi un peu en haut. Si on sent une résistance, on se porte plus en arrière. La paroi cède et on pénètre très facilement dans la cavité du sinus. On fait alors des mouvements de va-et-vient avec la râpe dirigée d'arrière en avant pendant que l'on maintient la tête du patient comme pour le sinus maxillaire, ou bien que comme Vacher on appuie avec la main gauche sur le front du malade. L'opération terminée, le patient souffle par la narine opérée. Quelles sont les indications ?

Ce procédé sert comme moyen de diagnostic positif. Fréquemment on ne note pas la sortie du pus, soit parce qu'il n'est pas assez abondant soit parce qu'on se trouve en présence d'un catarrhe chronique fronto-nasal (Luc). Dans ce cas le canal fronto-nasal étroit ne laisse passer qu'avec peine un épais bouchon muco-purulent provoquant de violent accès douloureux, comparables aux crises de coliques hépatiques. L'auteur a vérifié son hypothèse, au cours de la trépanation de deux malades chez lesquels le traitement endonasal était demeuré infructueux.

Dans le cas d'antrite aiguë, (inflammation de la cavité) l'emploi de la râpe est tout indiqué, si l'affection n'a pas dépassé la région fronto-palpébrale. Cette extériorisation a-t-elle eu lieu, la râpe n'évite pas l'opération par voie externe, elle facilite néanmoins la cicatrisation de la plaie cutanée.

Pour ce qui est des suppurations chroniques de l'antre les avis sont partagés. Les uns (Vacher) affirment obtenir la guérison par ce procédé. Les autres la croient impossible en raison des nombreuses fongosités logées dans tous les petits diverticules, et qui rendent souvent la guérison difficile même après cure radicale par voie externe.

Par contre d'autres auteurs recommandent ce procédé soit à titre d'essai, soit comme traitement palliatif chez les malades timorés. C'est aussi le point de vue de Tilley. Les difficultés d'une exploration complète de tout le foyer sont telles, que les résultats ne laissent pas souvent d'être moins que satisfaisants.

Luc ne partage pas les appréhensions de Tilley vis-à-vis de l'opération par voie externe. Il emploie la méthode de Killian simplifiée par Jacques dans laquelle la brèche opératoire commencée au niveau du plancher du sinus est étendue à la branche montante du maxillaire supérieur et à l'os propre du nez de façon à permettre le curettage complet de l'ethmoïde infecté et la création d'une vaste communication fronto-nasale.

Il n'a eu à enregistrer aucune complication infectieuse grave du crâne ou de l'endo-crâne et d'autre part l'incision cutanée, directement sous-jacente au sourcil respecté de même que la brèche osseuse, ne laissent après elles aucune défiguration consécutive.

A ce propos il rapporte l'observation d'un malade qui souffrait

d'une double sinusite chronique et qui gardait encore, après l'intervention, une petite fistule du côté gauche. A chaque lavage, qui avait lieu quotidiennement, les sécrétions ressortaient par la fistule. La radiographie, qui donne de précieux renseignements sur la forme et l'étendue d'une cavité frontale ne fut dans ce cas, d'aucun secours. Après large réouverture du foyer, sous anesthésie générale, on se trouva en présence d'un dédoublement de la paroi supérieure de l'orbite et qui s'étendait jusqu'au sommet de cette cavité. Après curetage de ce recessus et badigeonnage de la cavité avec du chlorure de zinc au 1/10 on tamponna le sinus avec mèche de gaze iodoformée ressortant par les lèvres de la plaie. Le jour suivant ablation de la mèche : quarante-huit heures plus tard la plaie était refermée.

Segura radiographie systématiquement ses patients et trouve-t-il un sinus petit, il a recours à la râpe par voie endonasale.

Il faut reconnaître que ces sinus à prolongements et à cloisonnements multiples ne sont pas très fréquents et que la plupart du temps surtout chez les femmes, le sinus est de petites dimensions.

Luc appelle l'attention sur la rapidité avec laquelle, après toilette complète, se guérissent les foyers d'infection des cavités péri-nasales.

Au contraire de Tilley, qui cherche à faire une opération par voie endonasale aussi large que possible, Luc est d'avis de se contenter de peu, en matière de brèche intranasale, car, hors le cas d'autres tout petits, cette brèche, quelque large qu'elle soit, sera toujours insuffisante pour permettre l'exploration et la désinfection de tout le foyer. Mais, comme Tilley, il préconise la voie endonasale pour les formes chroniques soit comme thérapeutique palliative provisoire, soit à titre d'essai chez les malades timorés. Au surplus la cure radicale ultérieure en sera facilitée.

Dans tous les cas il faut faire une radiographie, avant d'opérer.

E.-P. GRANET.

E. SEGURA. — **Les sinusites sphénoïdales et leur traitement.**  
*Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales*, n° 10, 2<sup>e</sup> partie.

Dans ce travail Segura met en évidence que sa méthode endonasale ne fait courir aucun danger au malade, ne cause pas de mutilation et offre les plus grandes probabilités de guérison. En 1909, Hirsch de Vienne avait recouru à ce procédé pour intervenir sur l'hypophyse. Segura a également employé cette méthode dans le même but et Spiess de Francfort a, en 1913, au Congrès de Stuttgart préconisé la même voie pour atteindre le sinus.

L'exploration de ce sinus est difficile. Le sinus sphénoïdal peut présenter une *inflammation aiguë* à la suite d'une grippe ou d'un coryza aigu. Le malade souffre d'un malaise général, il est abattu, frissonnant avec une température élevée. Il présente de la céphalée temporaire et plus particulièrement occipitale. Les globes oculaires sont douloureux à la pression et aux mouvements extrêmes avec souvent de la photophobie.

La pituitaire est rouge, congestionnée, sèche, dépolie ou au contraire recouverte de sécrétions mucopurulentes. La rhinoscopie postérieure

ne donne pas grand renseignement et l'exploration au stylet est à rejeter risquant d'aggraver l'état du malade. Il faut donc tout d'abord recourir à un traitement local émollient.

Segura ne croit pas à la sinusite sphénoïdale purulente aiguë en tant qu'entité morbide primitive et isolée mais elle peut faire partie d'une polysinusite. Le passage à l'état chronique est sous la dépendance de l'état général du malade ou des conditions anatomiques. Dans ces cas il faut d'abord traiter les malformations nasales (déviations de la cloison, rhinite hypertrophique) et traiter les autres sinus, on aide ainsi à la guérison du sinus sphénoïdal.

Les complications oculaires dépendant de sinus postérieurs sont rares. Les cas observés par Segura n'ont jamais nécessité d'intervention d'urgence (opération qui du reste serait dangereuse en raison de l'infection des fosses nasales). Il n'a opéré qu'après la sédation des phénomènes aigus et dans tous ces cas les phénomènes d'irritation du nerf optique ont rétrogradé. Evidemment en face d'une évolution rapide des lésions de la papille, il faudrait intervenir.

*Les sinusites sphénoïdales chroniques* offrent des altérations plus évidentes. Ce sont des infections secondaires à une pansinusite purulente chronique ou à une ethmoïdite postérieure.

Cependant dans certains cas, cette infection peut dépendre d'un coryza simple ou mucopurulent. Chaque poussée infectieuse aboutit à des altérations de la muqueuse et parfois à une véritable ostéite. Un des malades de Segura présentait une névrite retrobulbaire à marche lente et intermittente consécutive à un catarrhe nasal. Dans certains cas il faudrait rechercher une syphilis ou une tuberculose méconnue.

Dans certains cas cependant la lésion semblait se réduire en apparence exclusivement au sinus sphénoïdal ; mais pour Segura la sinusite sphénoïdale est presque toujours secondaire. Chez certains malades catalogués comme atteints de simple catarrhe nasopharyngien, un examen approfondi lui a permis de diagnostiquer une sinusite sphénoïdale purulente.

Le diagnostic de la sinusite sphénoïdale repose avant tout sur le symptôme douleur : douleur à la nuque, aux tempes au vertex, et même quelquefois derrière les yeux. Les globes oculaires sont parfois sensibles à la pression. Mais surtout dans les cas avec complications du nerf optique. Les malades se plaignent également de vertiges, de torpeur intellectuelle.

La rhinoscopie antérieure ne nous apprend pas grand chose surtout quand il y a, en même temps, de l'hypertrophie du cornet moyen. Quand la région ethmoïdo-sphénoïdale est accessible la muqueuse apparaît dépolie, rugueuse ou légèrement recouverte de sécrétion gélatineuse. L'existence d'un écoulement purulent issu du méat supérieur, indique presque sûrement une sinusite sphéno-ethmoïdale, et permet même de soupçonner un sinus de grandes dimensions. Quand le sinus est petit il y a tendance à la formation des croûtes.

L'auteur laisse de côté l'infection des sinus sphénoïdaux au cours de la rhinite atrophique, où l'ostium sphénoïdal est parfaitement visible.

L'exploration directe est de la plus haute importance. Elle est généralement très facile dans les cas pathologiques. Elle doit tou-

jours être pratiquées avec douceur, et elle est possible dans 9 cas sur 10. On cocaine adrénalise avec un tampon ouaté, et on essaie de pénétrer dans l'ostium, sans le faire saigner si possible, car si on réussit à pénétrer dans le sinus et que sa muqueuse soit altérée, elle saigne au moindre contact. On peut parfois constater du pus sur le porte-tampon. Ensuite exploration au stylet moussé. En cas de muqueuse saine on a la même sensation que si l'on touchait directement l'os, dans le cas contraire on a une sensation élastique.

La rhinoscopie postérieure est précieuse. Quand la quantité de pus produite par le sinus sphénoïdal est abondante, elle montre l'existence d'un filet de pus blanc jaunâtre qui descend du méat supérieur. Quand elle existe c'est un signe presque pathognomonique. Si la sécrétion est peu abondante elle a tendance à former des croûtes et dans ce cas l'interprétation est moins claire. En pareil cas la muqueuse de la voûte pharyngienne dépolie est recouverte de croûtes verdâtres ou même noirâtres. Dans les sinusites catarrhales hyperplasiques, la rhinoscopie ne donne que peu de renseignements.

*Radiographie.* — Là encore les signes n'ont qu'une valeur relative, car la grandeur du sinus, l'épaisseur des parois et des os de la face et du crâne ne permettent qu'une image plus ou moins nette des différentes cavités. Dans les cas anciens on voit une tache sombre, dans les cas latents on peut ne rien voir. On doit néanmoins faire une radiographie de profil qui permettra de connaître la profondeur du sinus ainsi que les dimensions de la selle turcique. On y adjoindra une radiographie de face (menton-vertex plaque) position qui donne d'intéressantes indications sur le diamètre transversal des sinus, sur l'état de leur cavité, l'épaississement des parois.

Une fois le diagnostic posé il ne faut plus tarder, et pratiquer l'opération par voie endoseptale.

À côté, il existe des formes de sinusites que l'on pourrait appeler « modernes » Ces *sinusites hyperplasiques* consistent en altération ethmoïdosphénoïdales, pouvant aller de la muqueuse à l'os avec production d'une véritable ostéite hyperplasique, ou bien avec processus de résorption. D'autres auteurs parlent en pareil cas de constatations négatives. Elles mériteraient le nom de *sinusites sans sinusites*. Pourtant on pourrait, en quelque sorte optiquement, voir en certains une altération macroscopique (Sluder). Il y aurait dans certains cas une modification de la muqueuse du cornet moyen, dans la région sphénoethmoïdale avec polypes dans la fente olfactive. Il est difficile de concevoir que de minimes lésions puissent être appréciées à l'œil.

Cependant que dire des cas, où l'on a rien trouvé ni en dedans ni en dehors du sinus, et où pourtant les troubles de l'acuité visuelle ont commandé l'intervention. Sluder a d'autre part signalé qu'il avait pu, à l'aide du nasopharyngoscope de Holmes reconnaître de fines lésions à l'intérieur du sinus sphénoïdal ou dans certaines cellules ethmoïdales. Segura met en garde contre les auto-suggestions. Il n'a jamais rencontré de lésions grossières avec fongosités, production des séquestres comme en décrivent certains auteurs dans le cas de lésions du nerf optique. Dans 28 cas personnels opérés pour complications oculaires relevant des sinus postérieurs, il a trouvé dans 6 cas des lésions évidentes de la muqueuse, sans cependant qu'il y ait jamais



eu de pus. La lésion la plus évidente qu'il ait rencontré consistait en une espèce de dégénérescence kystique. Dans d'autres cas la muqueuse était épaissie, boursofflée, rouge, dépolie, privée d'épithélium, avec une quantité minime de mucopus. Dans quelques cas il s'agissait d'un cornet moyen hypertrophié venant au contact de la cloison. Dans un seul cas il a trouvé une dégénérescence de l'ethmoïde. Comment expliquer la majorité des cas de névrite rétrobulbaire (allant de la simple congestion papillaire à la cécité) où on ne trouve aucune lésion des sinus postérieurs.

Segura pense qu'il faut admettre l'existence probable d'une condition anatomique préexistante et jouant le rôle d'une cause prédisposante. Le fait même de l'amélioration immédiate après ouverture du sinus prouve qu'il n'existait pas de lésions très importantes. D'autre part on peut voir des sinusites graves avec lésions osseuses, où le nerf n'est pas atteint. Il semble qu'il y ait lieu dans certains cas d'incriminer un défaut d'aération. En fait on remarque que des formes à marche progressive lente avec aggravation à chaque poussée congestive sont améliorées par la simple application de cocaïne adrénaline à l'ostium.

PROGNOSTIC. — Les cas de névrite optique, où l'on n'intervient pas aboutissent très rapidement à la cécité, par dégénérescence du nerf. Les névrites dont on a diminué les autres causes, sclérose en plaques, syphilis, commandent l'ouverture précoce du sinus. La guérison est fonction de la précocité de l'intervention.

Si l'on s'agit d'une névrite optique évoluant depuis plusieurs mois il faut également opérer avec la plus grande rapidité, les malades pouvant encore guérir, tant que l'atrophie n'est pas complète.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — L'origine sinusale de la névrite optique n'est pas connue depuis longtemps. Aujourd'hui on admet qu'environ 40 % des cas relèvent d'une cause sinusale.

Si le diagnostic, et c'est le cas général, est fait par un ophtalmologiste, et si on ne trouve aucune autre cause de névrite optique, il faut intervenir. Au surplus l'opération n'est pas dangereuse, si elle est faite prudemment et correctement. On peut temporiser si la névrite évolue lentement, mais même, en cette occurrence il ne faut pas trop tarder.

Il ne faut pas faire d'évidement systématique de l'ethmoïde, car c'est alors qu'il y a lieu de craindre la méningite, la destruction du nerf optique (Sluder, Hartmann, Smith) ou une hémorragie de la sphéno-palatine. Il faut pratiquer néanmoins une large ouverture du sinus sphénoïdal par voie endosonale, en même temps qu'en cas de besoin on fait une résection partielle du cornet moyen. C'est seulement, si cette intervention ne suffisait pas à arrêter les progrès de la névrite que l'on serait autorisé à ouvrir l'ethmoïde postérieur.

L'auteur rappelle les interventions par la cavité orbitaire, l'ethmoïde, par voie nasale après destruction du cornet moyen et de l'ethmoïde postérieur. Ces manœuvres, toutes très dangereuses, se font sans points de repère et sacrifient l'ethmoïde postérieur laissant une large place dont les granulations obstruent l'orifice sphénoïdal. En outre on y voit mal.

TECHNIQUE. — Pas d'anesthésie générale. Segura badigeonne la

muqueuse des deux fosses nasales avec une solution, fortement adrénalinée, de cocaïne à 1 pour 20. Ensuite il fait une injection, à l'aide d'une seringue, munie d'une longue aiguille de solution de novocaïne-adrénaline à 1 %. L'injection est faite dans le périchondre jusqu'à la partie la plus reculée de la fosse nasale. Elle amorce en même temps le décollement. Il complète l'anesthésie avec de petits tampons d'ouate imbibés de cocaïne au 1/10<sup>e</sup>.

Les quatre premiers temps sont ceux de la résection sous-muqueuse de la cloison.

5<sup>e</sup> Temps. — Segura a fait construire un speculum spécial à grand pavillon, à valves allongées. Il tient en place spontanément. En refoulant les deux muqueuses, il assure une parfaite visibilité de champ opératoire. On termine à la spatule ordinaire la libération de la partie extrême de la cloison, et avec une spatule à courbure appropriée celle de la muqueuse qui se réfléchit en dehors sur les faces antérolatérales du corps du sphénoïde.

Cette libération doit être faite avec précaution et poussée aussi en dehors que possible. Ensuite on termine la résection de la cloison. Celle-ci terminée, on n'a plus une cloison osseuse mince, mais un bec osseux résistant trapu.

6<sup>e</sup> Temps. — Ouverture du sphénoïde. Pour cela on se sert de la gouge spéciale de Segura en procédant par petits coups. On attaque d'abord la partie supérieure, en restant au moins à 6 millimètres du toit. En bas il est nécessaire d'abriter toute la partie du sphénoïde en rapport avec la partie postéro-inférieure du sphénoïde. On attaque ensuite les parties latérales en utilisant une gouge à bec légèrement incliné en dedans pour éviter les dérapages en dehors, particulièrement dangereux. Il suffit d'assurer la mobilité du fragment, on l'enlève ensuite avec une pince spéciale par un mouvement de torsion. Puis on agrandira alors l'ouverture sphénoïdale, soit avec la gouge spéciale, soit avec un emporte-pièce. Cet agrandissement se fera toujours aux dépens des parties inférieures et latérales.

7<sup>e</sup> Temps. — Si la muqueuse se présente blanche, grisâtre, se contenter de vérifier qu'il ne reste aucune esquille osseuse, si la muqueuse est rouge, l'enlever. L'entamer d'un léger coup de curette, et exercer ensuite une légère traction à la pesée. Si cependant elle est dégénérée et ne vient pas en bloc, curetage prudent de tous les recessus.

8<sup>e</sup> Temps. — On retire le speculum, on le replace dans une des fosses nasales ; au ras de la perte de substance sphénoïdale on incise de haut en bas la muqueuse de revêtement du sphénoïde. On agit de même pour la fosse nasale du côté opposé. On applique l'une contre l'autre les deux muqueuses.

9<sup>e</sup> Temps. — L'incision du premier temps est suturée à la soie avec une petite aiguille fine portée par un porte-aiguille de Goffin. Un ou deux points de sutures suffisent.

Le pansement a pour but, d'assurer l'hémostase et d'empêcher la formation d'hématomes, de favoriser la coagulation parfaite des muqueuses. Il consistera en un tamponnement méthodique avec des mèches de gaze de 3 centimètres de large sur 8 à 10 centimètres de long. Il demeurera en place vingt-quatre heures les pansements consé-

cutifs doivent viser à assurer une parfaite propreté des fosses nasales et à rétablir le plus rapidement possible leur perméabilité.

E. GRANET.

H.-V. DUTROV. — **Nouvelles observations sur l'étiologie et le traitement de la sinusite maxillaire.** *Ann. of. Otol.*, t. XXXII, juin 1923, n° 2, p. 398.

Il ne faut pas être systématique dans le choix du procédé opératoire, mais celui-ci doit être adopté après une étude attentive du cas, car des progrès certains ont été réalisés dans le diagnostic et le traitement de la sinusite maxillaire.

Des opérations intranasales destructives ne doivent jamais être pratiquées avant le traitement de l'autre maxillaire malade et tant que ne s'est pas écoulé un temps suffisant pour permettre le retour à la normale des parties nasales intéressées par l'intervention.

L'auteur n'a jamais vu une réinfection après un Caldwell-Luc, quand on a respecté le cornet moyen et le labyrinthe ethmoïdal. Ceci est donc fortement contre la théorie de l'infection descendante.

Dans l'empyème chronique avec fongosités, il faut enlever complètement les parties malades du sinus et assurer un drainage convenable, ainsi qu'une ventilation suffisante de la cavité. Tels sont les points capitaux pour obtenir un résultat satisfaisant.

J.-E. SHEEHAN. — **L'épithélisation du sinus maxillaire dans les inflammations chroniques.** *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. XXXVII, n° 3, septembre 1923, p. 384.

L'auteur pratique deux opérations dans les sinusites maxillaires purées. La radicale et « l'ultra-radical ». Elles ne sont en somme : la première qu'un Caldwell-Luc ; la deuxième un Denker, cette dernière étant réservée aux sinus très malades, à ceux notamment où les lésions s'étendent dans l'angle antérieur et aux cas récidivants. Toutefois dans les deux cas il pratique une résection de la paroi nasale du sinus, plus étendue qu'on ne le fait généralement. Mais ce qui constitue la particularité de ces opérations, c'est que dans cette résection il épargne soigneusement la muqueuse nasale, de façon à pouvoir y tailler un lambeau destiné à être rabattu dans le plancher du sinus curetté, du moins dans la radicale simple. Dans « l'ultra-radical », à ce lambeau muqueux, il ajoute des greffons prélevés sur la peau du sujet et qu'il maintient en place par le moyen d'un petit ballon de caoutchouc gonflé au degré de tension désiré ; l'attache du ballon ressortant par le nez, on suture la plaie buccale.

Les avantages du procédé sont que : la muqueuse du sinus est remplacé par un revêtement qui assure une partie des fonctions de cette muqueuse ; le tissu cicatriciel est évité ; il est inutile de faire des lavages pendant des semaines et des mois ; il n'y a pas de réaction locale ou générale, le tamponnement à la gaze étant supprimé. Enfin la guérison est obtenue au bout d'un temps relativement court.

SAINT-CLAIR THOMSON. — **Névrite optique d'origine sphénoïdale. Opération. Guérison.** *Brit. Med. Jour.* 2 juin 1923.

Homme de 24 ans, souffre de rhinorrhée et de céphalée sus-orbitaire gauche depuis 1919. Le 20 octobre 1922, cécité subite à gauche; il se trouvait à Bonn à cette époque où l'on diagnostique une inflammation du nerf optique gauche; par la radio on trouva une opacité des sinus accessoires. Wassermann négatif.

Le 28 octobre, Saint-Clair Thomson voit la malade. Rhinorrhée purulente. Rien dans les sinus maxillaires, à la radio sinus frontaux et sphénoïdaux obscurs.

Examen ophtalmologique : à gauche v. = 1/10, la papille est oedématisée; léger rétrécissement du champ visuel.

Intervention le 2 décembre; anesthésie à la cocaïne; avec un spéculum de Killian, on ouvre, avec une pince, l'orifice de chaque sinus sphénoïdal. Le 6 décembre, lavage des sinus; trois jours après v. = 1/3, le 2 janvier : v = 2/3. Guérison le 17 février.

Dans ces cas il faut l'association de l'oto-rhino-laryngologiste et de l'ophtalmologiste.

KAUFFMANN.

S.-B. WESTLAKE. — **Note sur les relations du nerf optique avec la dernière cellule ethmoïdale postérieure.** *Annals of Otol.*, vol. XXXII; sept. 1923, n° 3, p. 729.

Description rapide et belle reproduction de sections de 7 têtes. C'est la confirmation des recherches de Loeb (15 sections de tête). Le nerf optique, en dehors des relations connues avec le sinus sphénoïdal, est bien plus souvent, sinon toujours, en rapport intime avec la dernière cellule ethmoïdale (93,5% des cas réunis de Loeb et de Westlake). Ce rapport se fait alors à l'angle supérieur postéro-externe de la cellule.

A.-C. WOODS ET J.-R. DUNN. — **Etude étiologique d'une série de névrites optiques.** *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1923, 21 avril, n° 16, p. 1113.

Les auteurs ont observé 26 cas de névrite optique. Comme étiologie ils ont retrouvé : 1° la syphilis dans 40 % des cas, les affections sinusiennes dans 12,7 %; les tumeurs cérébrales dans 11,6 %; la sclérose en plaque dans 5,8 %; emblyopie toxique 11,6 %; divers 3,5 %; causes indéterminées, 14 %.

Les cas aigus consécutifs à une affection sinusienne ont tous donné le tableau classique de la névrite rétrobulbaire sans signes ophtalmoscopiques d'inflammation ou d'élévation de la papille.

E.-A. LOOPER. — **L'infection des sinus paranasaux chez l'enfant.** *Ann. of Otol.*, t. XXXII, juin 1923, 462, p. 417.

Dix cas personnels forment le substratum de cet article qui aboutit aux conclusions suivantes. Tous les enfants qui ont des rhumes chroniques avec symptômes nasaux prédominants (écoulement, nez



bouché, respiration buccale, crises d'asthme, etc.) doivent être examinés soigneusement du côté de leurs sinus. L'infection sinusienne doit être suspectée chez les sujets dont amygdales et végétations ont été enlevées, alors que les symptômes d'infection persistent.

Ne pas traiter précocement les sinus malades des enfants, les prédispose à la chronicité avec toutes les complications ultérieures éventuelles. Le coryza des enfants doit être traité comme une maladie importante ; il faut en établir attentivement l'étiologie et le diagnostic.

Le traitement approprié des sinus malades des enfants (instillation, pulvérisation, aspiration des sécrétions, badigeonnages à la solution de nitrate d'Ag à 2%, ablation des amygdales et des végétations. Vaccination dans certains cas, parfois lavages du sinus maxillaire, rarement opération) donne des résultats satisfaisants, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

D. MICHAÏL. — **Trombo-phlébite ophtalmique avec complications oculaires, consécutive à la carie de l'ethmoïde.** *Clujul Medical*, 1923 n<sup>o</sup> 7 et 8, 1923 p. 215.

L'auteur fait connaître trois observations personnelles de thrombo-phlébite ophtalmique, chacune d'elles appartenant à un type clinique différent. Il insiste sur l'origine locale, orbitaire, d'un de ses cas, parce que c'est une des formes les plus rares de l'affection. L'auteur montre la grande fréquence des lésions chroniques des sinus de la face, capables de provoquer des lésions aiguës du côté de l'orbite et de l'œil et insiste sur l'intervention rhinologique d'urgence, même en face des cas qui n'accusent aucun passé rhinologique.

C'est grâce aussi à cette intervention précoce qu'il attribue la guérison de son troisième cas, qui est le premier fait clinique connu dans la littérature ophtalmologique. L'auteur.

W.-R. PARKER. — **Troubles visuels d'origine sinusienne.** *J. Mich State M. Ass.*, 1923, t. XXI, p. 177.

Relation de 2 cas :

1<sup>er</sup> cas : Cécité d'un œil ; diminution de l'acuité visuelle de l'autre. Examen négatif sauf à la radiographie. A l'examen oculaire, d'un côté élargissement de la tache aveugle, de l'autre petit scotome para-central. Papilles congestionnées. Opération sur les cellules ethmoïdales postérieures et les sphénoïdes. Évacuation de pus des deux côtés. Amélioration de la vision et de l'état des fonds d'œil. Les troubles visuels duraient depuis près de trois ans. Après l'opération, on constate le développement d'une pigmentation choroïdale qui finalement s'étale sur tout le fond d'œil.

2<sup>e</sup> cas : Troubles localisés à l'œil gauche. Le malade ne peut pas compter les doigts. Papille hyperhémée avec dilatation des veines. Large scotome central. Rien à l'examen, rien à la radiographie. Huit jours après une résection sous-muqueuse du septum nasal, amélioration marquée. Le scotome central a disparu.

DOUGLAS QUICK. — **Le traitement conservateur des ganglions du cou dans le carcinome intra-buccal.** *The Journal of the American Association*, 1921, 6 août.

Une série de 148 cas de carcinomes de la langue ont été traités par le radium au Memorial Hospital; 69 étaient des lésions primitives sans lésions palpables des ganglions, parmi ces dernières 34 cas étaient classés comme chirurgicalement opérables. Sur ce groupe de 34 cas, 29 paraissent guéris depuis trois mois ou trois ans, 5 cas se sont compliqués d'inoculation ganglionnaire malgré le traitement radiumthérapique de la tumeur initiale. De ces 5 cas, 3 furent guéris par l'association du traitement chirurgie et radium, un mourut de récurrence une année après l'opération; on a perdu la trace du cinquième.

Parmi les cas de tumeurs avec métastases cervicales, seulement 3 étaient opérables, et furent traités, la tumeur initiale par le radium seul, les lésions cervicales par l'association de la chirurgie et du radium. Ces 3 cas furent cliniquement débarrassés de leur affection. La plus longue guérison datant de près de trois ans.

Une série de 162 cas de carcinomes des lèvres a subi le même traitement, 92 cas étaient primitifs sans ganglions, 11 avec ganglions, 59 étaient des récidives. Actuellement 80, soit 69,5 % sont cliniquement guéris, la guérison variant de quatre mois à quatre ans. Des 92 cas sans ganglions, seulement 8 ont présenté une récurrence ganglionnaire après le traitement de la tumeur primitive par le radium. De ces 8 cas, 7 sont maintenant guéris, le dernier malade est mort de récurrence cervicale une année après.

SOUCHET.

A.-J. WRIGHT. — **Une variété rare de mal de gorge.** *British Medical Journal*, 18 août 1923.

1<sup>o</sup> F..., 30 ans, se plaint de mal de gorge en avalant. On aperçoit le lobe inférieur de l'amygdale projeté en avant. Sous anesthésie générale, on incise le pilier antérieur, on dégage l'apophyse styloïde et on la résèque avec une pince coupante.

2<sup>o</sup> F..., 37 ans, éprouve depuis trois mois les mêmes symptômes que la précédente. Même intervention.

Wright a trouvé dans la littérature 8 cas analogues.

KAUFFMANN (Angers).

R. WALDAPFEL. — **L'étiologie de l'angine.** *Mon. f. Ohr.*, t. LVII, 1923, f. 8, p. 629.

L'auteur s'est injecté à lui-même sans résultat dans la veine du sang difibriné provenant d'un angineux. Il en a été de même après frottis de ses amygdales, préalablement éraillées, avec un porte-coton ayant prélevé l'exsudat d'une angine. D'autres expériences lui ont montré en outre que, vis-à-vis des streptocoques provenant d'amygdales infectées, le pouvoir phagocytaire des leucocytes du sang du malade a toujours été supérieur à celui provenant d'un sujet normal, en l'espèce l'expérimentateur. Ce pouvoir phagocytaire s'accroît avec la tendance à la guérison.

Cet accroissement de la résistance de l'organisme ne s'exerce spécifiquement que sur la souche microbienne provenant du malade.

L'auteur en conclut donc que les streptocoques, que l'on trouve au cours d'une angine, ne sont pas dus à une circonstance fortuite, mais qu'ils sont en relation étroite avec sa maladie et son évolution.

**F.-J. NOVAK. — L'électrocoagulation dans le traitement des amygdales malades.** *Journ. A. M. A.*, t. LXXX, 23 juin 1923, n° 25, p. 1842.

Quoique l'électrocoagulation des amygdales soit une opération simple, exsangue, quoique les résultats de cette méthode puissent être satisfaisants, l'auteur ne la condamne pas moins à cause de la violente réaction, les douleurs violentes, la toxémie et la gêne générale du sujet immédiatement après l'opération.

D'autre part le dosage est incertain ; on n'a pas de mesure de la pénétration de la chaleur : a-t-elle épargné ou non les tissus intra-amygdaliens ? L'application pratique ne répond pas jusqu'ici aux espoirs théoriques. Novak conclue en disant que la méthode est « complètement inadéquate, inexacte et non satisfaisante, aussi bien pour le médecin que pour le patient ; elle ne peut donc prétendre à rivaliser avec les méthodes actuelles d'amygdalectomie ». Aussi l'auteur s'est-il arrêté au bout de 7 cas, quoiqu'il fut très familiarisé avec l'électrocoagulation, l'ayant appliquée autrefois au traitement des tumeurs malignes du pharynx et du larynx.

Il n'y a rien à objecter à ces résultats et à l'opinion qu'ils ont entraînée. Cependant si nous avons bien compris la technique de Novak, il cherche la destruction de l'amygdale eu *une* séance. Il emploie comme électrode active soit une aiguille (1 cas) fichée en trois points de l'amygdale avec un courant de 400 milliampères, soit une électrode boutonnée de 7 millimètres (6 cas) avec un courant de 400 à 1.500 milliampères. Temps d'application variable avec l'ampérage : cinquante à dix secondes.

Cette technique vigoureuse, bien différente de celle que nous avons proposée ici même (*V. Arch. Int.*, décembre 1923), explique peut-être les déboires de l'auteur.

L. BALDENWECK.

**B.-R. SHURLY. — L'ablation des amygdales.** *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1923, 8 sept., p. 800.

L'auteur s'élève vivement contre le traitement des amygdales hypertrophiées ou infectées par la radio ou la radiumthérapie, sauf dans les cas où l'anesthésie ou l'énucléation sont contre-indiquées. De ses vingt-cinq ans de pratique, il conclut qu'il faut réserver la méthode Sluder aux enfants et la dissection aux adultes. Pour les premiers il faut employer l'éther et la position sur le côté. Pour les deuxièmes, l'anesthésie locale à la novocaïne, en position assise, est préférable. L'amygdalectomie demande une attention et un traitement post-opératoires, constants et minutieux, pour éviter l'infection et prévenir les adhérences.

A. LAUTENSCHLAGER. — **L'hémostase après les opérations sur l'amygdale.** *Zeits. f. Hals*, 1913, t. V, f. 2, p. 204.

Après toute amygdalotomie — mais il applique également le procédé aux amygdalotomies — Lautenschläger fait la ligature en masse. Autrement dit, non seulement la suture réunit les deux piliers antérieur et postérieur, mais l'aiguille (à courbure spéciale) est conduite avec le fil dans les tissus du lit de l'amygdale. Une seule ligature placée ainsi au milieu de la plaie est suffisante. Deux ligatures, une en dessus et l'autre en dessous, mais ne prenant cette fois que les piliers complètent l'hémostase. Lautenschläger n'a jamais eu ainsi d'hémorragie post-opératoire.

WHARRY. — **Amygdalotomie. Cyanose pendant l'intervention due à une épiglote membraneuse.** *Brit. Med. J.*, 25 août, p. 327.

Wharry enlevait les amygdales chez une femme de 30 ans quand tout à coup la malade devint complètement cyanotique et ne pouvait plus respirer. Malgré la respiration artificielle, l'air ne pénétrait pas dans les poumons. Wharry palpe le larynx avec le doigt. L'épiglotte était complètement membraneuse. Avec l'index il ramena l'épiglotte en avant. La malade put alors respirer. La même manœuvre fut faite à chaque crise d'apnée. Cet examen devrait être pratiqué chaque fois qu'on se trouve en présence d'une violente dyspnée ou d'une apnée qu'on ne peut expliquer.

KAUFFMANN.

J. PEARLMAN ET J. GRICHTER. — **Le tissu lymphoïde de la loge amygdalienne après l'amygdalotomie.** *Ann. of. Otol.*, t. XXXII, n° 3, sept. 1923, p. 860.

Les auteurs reprennent la question embryologique de l'amygdale et de son tissu environnant et soumettent à une révision les différentes théories sur la réapparition du tissu lymphoïde après amygdalotomie.

Les prélèvements de tissu provenaient d'enfants de 4 à 14 ans opérés à la clinique Michael Reese. Les amygdales plus ou moins hyperplasiques, mais n'ayant aucune trace d'inflammation aiguë récente, furent enlevées sous anesthésie générale, au tonsillotome de Beck-Muller, qui ne pouvait avoir aucun rapport avec la réapparition de tissu lymphoïde. Vérification de l'intégrité de la capsule après l'ablation et examen macroscopique après l'excision. Les amygdales qu'on ne pouvait enlever en un temps, ne furent pas employées. Les biopsies furent prises à l'aide d'une pince à l'emporte-pièce sur le pilier antérieur le plus près possible de sa jonction avec le pilier postérieur ; l'amygdale linguale ne fut pas englobée dans ces recherches.

En tout, les auteurs ont étudié 100 cas, en coupes sériees ; chaque dixième coupe était examinée, ils ont observé du tissu lymphoïde avec formation de follicules très nette dans 15 % des cas. Dans quelques cas, il y avait même une ébauche de formations cryptiques.



Dans 10 autres cas le tissu lymphoïde avait un caractère diffus. 25 % des cavités amygdaliennes contenaient après amygdalectomie du tissu lymphoïde, ce chiffre étant inférieur à la réalité, puisqu'il correspond à l'examen d'un seul endroit de la fosse amygdalienne. D'après les conclusions des auteurs ce tissu lymphoïde extra-amygdalien mais intra-capsulaire (?) n'est pas toujours la cause de cette réapparition. Pourtant ce ne peut être que le seul tissu capable de la produire; c'est la meilleure explication de la reproduction du tissu lymphoïde dans la fosse amygdalienne malgré l'application d'une bonne technique et l'exécution par des mains habiles. Une reproduction démontrable ne se fait pas forcément dans tous les cas où l'on trouve microscopiquement du tissu lymphoïde, puisque des facteurs inconnus peuvent aussi bien provoquer l'apparition dans un cas comme l'empêcher dans un autre.

A. QUIRIN.

D.-J. DAVIS. — **Étude comparative du contenu des cryptes amygdaliennes chez l'homme, le bœuf et le porc.** *J. A. M. A.*, 6 oct. 1923, t. LXXXI, n° 14, p. 1172.

Chez l'homme, les grumeaux des cryptes sont composés pour la plus grande partie par les éléments mycéliens radiés, non ramifiés, bacilles fusiformes, spirochètes et cocci. A leur surface, les grumeaux offrent une disposition « en brosse » caractéristique. L'actinomyces vrai ne s'y rencontre pas. On peut y trouver des particules alimentaires et de la chaux. Ils constituent un habitat important pour les spirochètes, les bacilles fusiformes et les streptocoques.

Chez le porc, les grumeaux sont très fréquents, adhérents. Ils coexistent avec des fragments de paille; fréquemment on trouve dans les cryptes l'actinomyces vrai, sous forme de filaments radiés, ramifiés, prenant le gram avec les massues caractéristiques. C'est là un habitat normal important pour ce champignon. On peut aussi retrouver, mais non constamment, des spirochètes et des bacilles fusiformes.

Chez le bœuf, on ne retrouve ni le type des grumeaux de l'homme, ni celui du porc. Ce sont des masses particulièrement molles, jaunes, grasses avec occasionnellement des fibres végétales. L'auteur n'y a retrouvé ni spirochètes ni actinomyces.

I.-E. BROWN. — **Relations entre la toxicité thyroïdienne et l'infection amygdalienne.** *Ann. Of. Otol.*, t. XXXII, juillet 1923, n° 2, p. 367.

Se basant sur les réponses d'un referendum envoyé à quelques médecins, et d'après des constatations personnelles, Brown pense que les relations entre le goitre et l'infection amygdalienne ont peu, et insuffisamment, attiré l'attention jusqu'ici. La majorité des auteurs pense que le goitre est, pour une grande part, d'origine toxique. Le point de départ de l'infection peut être au niveau des amygdales; mais il ne faut pas oublier qu'il peut y en avoir d'autres: sinus, dents, vésicules biliaires.

Tous ceux qui ont recherché les cas de coïncidence du goitre et d'amygdales infectées, inclinent à penser que les amygdales peuvent

être directement responsable du goitre, qu'il soit simple ou exophtalmique. L'attention des laryngologistes doit donc être éveillée sur ce point.

**DOUGLAS QUICK. — Traitement des néoplasmes malins des amygdales** *Journ. Of. radiology*, mai 1922.

L'auteur a traité 149 cas de néoplasmes malins des amygdales par le radium seul ou par l'association radium et chirurgie, les résultats obtenus l'ont amené à formuler les conclusions suivantes :

1° Dans tous les néoplasmes malins des amygdales, le radium est l'agent de choix comme traitement de la tumeur initiale.

2° Les meilleurs résultats peuvent être seulement obtenus dans ces cas soit par des radiations interstitielles soit au moyen d'émanation de radium ou bien encore par des aiguilles contenant un élément de radium, légèrement filtrées enfouies dans la tumeur. A ceci doivent être ajouté des radiations externes fortement filtrées de radium ou de rayons X.

3° Le traitement des métastases cervicales du carcinome de l'amygdale doit être fait de préférence par la combinaison, radium, rayons X et chirurgie.

4° Dans le lymphosarcome ou le granulome malin de l'amygdale, la chirurgie ne donne aucun résultat : Les métastases cervicales ou autres doivent être traitées entièrement par la combinaison radium et rayons X.

SOUCHET.

**SYME. — L'emploi de la diathermie chirurgicale dans les affections malignes de la gorge** *Glasgow Med. Journ.*, 1923, t. XVII, p. 221.

L'auteur a traité 16 cas. Un certain nombre ont été très améliorés par l'électrocoagulation. Parmi ceux qu'au moins jusqu'à nouvel ordre on peut considérer comme guéris ou qui, avec plus de circonspection, n'ont pas jusqu'à présent présenté de récurrence, il faut signaler 2 cas traités depuis neuf et huit mois ; et surtout 1 cas absolument inopérable de cancer étendu de la base de la langue, le pharynx, les fossettes supra tonsillaires et la partie avoisinante des joues avec grosse réaction ganglionnaire. Neuf mois après l'électrocoagulation de la tumeur, il ne restait qu'un ganglion, gros comme un petit œuf ; enlevé à ce moment, il était en grande partie composé de tissu fibreux dense, englobant les quelques cellules restantes. Syme insiste sur l'absence de réaction douloureuse ou générale et sur la guérison rapide après l'électrocoagulation même de tumeurs étendues.

**C.-V. WELLER. — Os et cartilage dans les amygdales** (*Annals of Otol.* Vol. XXXII, sept. 1923, n° 3, p. 687).

Sur 1.000 paires d'amygdales, l'auteur a rencontré cartilage et os dans 21 % des cas. Si le cartilage peut exister seul, l'os coïncide toujours avec le cartilage (29 % des cas où il y avait du cartilage). La fréquence de ces formations est à peu près constante jusqu'à la

puberté. Elle s'élève rapidement jusqu'à 26 à 30 ans, où elle redevient constante. Il y a donc là un parallélisme avec les lois qui gouvernent le développement de l'os en général.

Cartilage et os se voient seulement dans le tissu conjonctif amygdalien et se présentent sous 2 types. Dans l'un cartilage et os sont associés à une prolifération marquée du tissu connectif. Dans l'autre le cartilage, seul, s'accrole à une glande muqueuse : c'est le type le plus fréquent chez l'enfant.

Le cartilage est formé par transformation progressive (métaplasie directe) du tissu conjonctif ; l'os se forme aux dépens du cartilage par un processus absolument comparable à l'ossification enchondrale.

Cette prédisposition du tissu conjonctif amygdalien à former du cartilage, tient à son origine branchiale. Cette tendance latente devient effective sous l'influence de l'inflammation chronique.

**BRUZZONE.** — **Syphilome initial tonsillaire à forme diphtéroïde.** *Minerva Medica. Ann. II. N° 9, mai 1922.*

Un jeune homme présente brusquement une forte température, de la dysphagie, des frissons et les lésions pharyngées suivantes : amygdale droite très tuméfiée, saillante et touchant la luette, entièrement recouverte d'un exsudat pseudo-membraneux, cotonneux, gris jaunâtre, peu adhérent. La surface sous-jacente est rouge mais ne saigne pas. Le bord supérieur de l'amygdale est excavé, à bords irréguliers. A la palpation, la masse tonsillaire est indurée. Un paquet ganglionnaire existe sous l'angle de la mâchoire inférieure, à droite, et les autres groupes ganglionnaires, cervicaux antérieurs et postérieurs, épitrochléens, inguinaux sont engorgés, mobiles, indolore, et présentent le tableau typique de l'adénopathie spécifique.

Pas de lésions génitales en évolution ou cicatrisées.

Wassermann négatif. On diagnostique néanmoins un syphilome tonsillaire, bientôt confirmé par une éruption cutanée généralisée. Quinze centigrammes de novarsénobenzol provoquent une violente réaction de Herxheimer. Une deuxième injection est mieux supportée. Le Wassermann devient positif et dix jours après l'amygdale reprend son aspect normal.

LAPOUGE.

**A. G. MORRIES.** — **Etude clinique et anatomo-pathologique sur les amygdales.** *Annals of Otol., t. XXXII, septembre 1923, n° 3, p. 864.*

Etude de 2.321 amygdales. La tuberculose fut trouvée dans 2 % des cas. La syphilis est comparativement rare (?). Un seul cas de tumeur. La majorité des amygdales enlevées pour des raisons cliniques (infection, obstruction par hypertrophie), montre de l'hypertrophie simple ou de l'inflammation avec organismes.

L'auteur insiste sur l'importance de l'examen clinique avant l'opération, sur la nécessité de faire une ablation complète (en respectant bien entendu, les tissus environnants), sur l'étude des tissus enlevés.

A. SONNENSCHIEIN. — **L'injection d'alcool à titre d'adjuvant éventuel de l'anesthésie locale dans l'amygdalectomie.** *Annals of. Otol.*, t. XXXII, sept. 1923, n° 3, p. 827.

L'anesthésie locale, dans l'amygdalectomie, est préférable à l'anesthésie générale. Moins de nausées et de vomissements, moins de sensations désagréables post opératoires immédiates; opération plus rapide; danger moindre de pneumonie de déglutition; tels en sont les avantages. De même on évite les effets généraux de l'éther ou du chloroforme: néphrite, dépression cardiaque, tendance au coma chez les diabétiques.

L'addition d'alcool à l'anesthésique (40 %) diminue la toxicité, la tendance à la syncope, les troubles généraux post-opératoires et le saignement, ce qui contrebalance avantageusement les incidents transitoires, c'est-à-dire la douleur au moment de l'injection et les troubles possibles de la motilité du voile.

L'auteur recommande également d'injecter les nerfs palatins postérieurs au niveau des trous palatins accessoires.

J.-B.-H. WARING. — **Tonsillectomie par aspiration.** *Annals of Otol.*, t. XXXII, sept. 1923, n° 3, p. 913.

Le procédé assez curieux de l'auteur consiste en ceci. Sous anesthésie générale ou locale, mais sans dissection ou décollement préalable, on coiffe l'amygdale avec un tube de forme et dimensions appropriées, dans lequel on fait le vide. L'amygdale est aussi énuclée. Un serre-nœud est alors passé et sectionne l'amygdale. L'extrémité du tube aspirateur est en verre très transparent ce qui permet de surveiller l'acte opératoire. Toutes les amygdales sont facilement enlevées par ce procédé qui ne nécessite, au dire de W. aucun apprentissage et a en même temps l'avantage d'aspirer sang et mucosités.

F.-A. JONES. — **Quelques observations cliniques de l'amygdale linguale.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXVIII, n° 9, sept. 1923, p. 465.

Intrigué par certains symptômes vagues qu'accusaient des malades au niveau de leur bouche, l'auteur a recherché systématiquement la cause de ces troubles; il a rassemblé ainsi 53 cas dans lesquels l'amygdale linguale était en cause. Comme causes prédisposantes il faut incriminer, la goutte, des troubles digestifs, les rhumatismes, et d'après Cohen il y aurait même une corrélation avec les troubles ovariens. Dans les observations personnelles l'élément nerveux prédominait. Les symptômes sont très nombreux; il s'agit de douleurs vagues, de sensations de tension, d'un besoin de dégager la bouche, d'une impression de corps étranger dans la bouche (34 cas). Ou bien les malades ont une toux paroxystique, gênant à la longue le malade et son entourage (12 cas, toute affection pulmonaire étant bien entendu exclue). Enfin certains malades accusent même une dysphagie qui peut aller jusqu'à rejeter les aliments solides (7 cas). L'auteur n'a constaté ni dyspnée, ni hémorragie de cette région, deux symp-



tômes observés par d'autres auteurs. Ces signes correspondent aux images suivantes : hypertrophie plus ou moins discrète des follicules qui prennent un aspect granuleux (13 cas) ; état variqueux de l'amygdale linguale (3 cas) ; ces deux aspects peuvent se combiner (8 cas) ; enfin l'hypertrophie volumineuse nécessitant l'ablation à la curette ou à la guillotine.

Le traitement doit être local et général et n'offre rien de particulier. L'auteur a recherché l'évolution ultérieure de ces lésions. Il a pu constater 11 cas complètement guéris, c'est-à-dire entièrement débarrassés de leurs troubles, 11 cas très améliorés, 15 cas avec une légère amélioration et 4 échecs. L'auteur donne une description des cas groupés selon les signes accusés et l'aspect de la base de la langue.

A. QUIRIN.

P. SPINELLI. — **Ostéomyélite du maxillaire supérieur, consécutive à la rupture d'une dent.** *Bollettino delle malattie dell'orecchio...*, ann. XLI, mars 1923, n° 3.

Un enfant de 19 mois, rompt en tombant, la 2<sup>e</sup> incisive supérieure droite, et présente au bout de vingt jours une tuméfaction de la joue homolatérale.

A l'entrée à la clinique on constate une tuméfaction de toute la la moitié droite de la face, s'étendant jusqu'à l'oreille et au cou. Les paupières sont oedématisées, il y a chemosis et légère exophtalmie.

Température 39°. L'examen des fosses nasales et de la bouche ne relève rien d'intéressant. La radiographie montre au niveau du sinus maxillaire droit une trainée de périostite. On porte le diagnostic d'ostéomyélite du maxillaire et on intervient : extraction des 2 incisives et de la canine droites, ouverture du sinus, curettage. Pas de pus. La température ne cédant point on intervient à nouveau quelques jours plus tard, par une incision profonde le long du sillon sous-orbitaire droit, qui libère quelques gouttes de pus. Drainage. Trois jours après gros écoulement purulent. Amélioration générale, et régression des symptômes locaux. Le stylet décèle un trajet fistuleux sous-cutané se dirigeant vers l'angle externe de l'œil, d'où l'on extrait plusieurs séquestres. La fistule se tarit et au bout de quatre mois la guérison est complète, sans séquelles anatomiques ou fonctionnelles importantes.

LAPOUGE.

GAVELLO. — **Un cas intéressant de stomatologie (atrophie sénile ou ostéoporose précoce des maxillaires).** (Communication faite à la R. Academia di medicina di Torino, 20 mai 1920.)

Un paysan de 48 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels notables présente les lésions buccales suivantes : absence complète des dents supérieures ; au niveau des bords alvéolaires, existe à droite et à gauche, une perte de substance osseuse, de forme ovale, plus accusée à gauche. A travers cette ouverture on aperçoit la cavité du sinus maxillaire correspondant et les cornets. Le bord alvéolaire est atrophié. Le maxillaire inférieur est également atrophié. Presque

toutes les dents sont absentes. Il ne reste que les trois dernières molaires droites, qui sont noires et nécrosées.

L'auteur discute ensuite la pathogénie de ces lésions. Il écarte un phénomène inflammatoire (périostite, ostéomyélite, ostéite), et voit chez son malade un processus d'atrophie simple par résorption lacunaire (lacune de Howship) ou par formation de canaux perforants (canaux de Volkmann). Cette raréfaction aurait pour cause une altération fonctionnelle de nutrition osseuse.

LAPOUGE.

**CALAMIDA. — Trois cas de perforation des piliers palatins.**  
« *Bollettino delle malattie dell'orecchio...* Ann. XLI, janv. 23, n° 1. »

Obs. I. — Enfant de 11 ans, présente sur le pilier antérieur gauche une perforation ovale, à bords nets et longue de 1 cent. 1/2.

Obs. II. — Jeune homme de 17 ans présente, sur le pilier antérieur droit, au voisinage de son point d'attache avec le postérieur, une perte de substance ovale, à bords nets et réguliers. Son plus grand diamètre est de 1 centimètre. Pas d'autres malformations.

Obs. III. — Homme de 48 ans, présente sur chaque pilier postérieur, une perte de substance ovale ; les deux perforations sont parfaitement symétriques et dirigées dans le sens des fibres musculaires.

L'auteur, dans sa longue pratique, n'a observé que trois cas de perforation des piliers. Il les considère comme congénitales, n'ayant trouvé dans les antécédents héréditaires ou personnels, l'examen du sang, et l'étude histologique des bords, aucun signe de syphilis et de tissu cicatriciel.

LAPOUGE.

**BR. BRUZZI. — Dégénérescence épithéliomateuse dans un cas de leucoplasie laryngée.** *Archiv. ital. d'Otol.*, fasc. II, vol. XXXIV, 1923, p. 156.

Un homme de 57 ans, présente depuis quelques mois, de la dysphonie, de la dyspnée et de la toux.

*Premier examen laryngoscopique.* — Corde vocale gauche élargie, épaissie, blanc grisâtre, à surface irrégulière, donnant l'apparence de squames. Bord libre dentelé, mobilité conservée. Mêmes caractères objectifs du côté droit mais seulement sur la moitié antérieure. La consistance des lésions est très dure, cornée. On pense à une leucoplasie laryngée, confirmée d'ailleurs par l'examen biopsique : épithélium de revêtement, hyperplastique, papilles normales. Traitement par des attouchements à l'acide salicylique en solution alcoolique. Amélioration. Au bout d'un mois le malade souffre de nouveau, la dysphonie augmente ainsi que la dyspnée.

*Deuxième examen laryngoscopique.* — Reproduction de l'hyperplasie épithéliale ; néoformation blanche et vilieuse au niveau de la commissure antérieure. Seconde biopsie : même résultat que la première. Vingt jours après : *Troisième examen laryngoscopique.* L'aspect est modifié : les cordes sont recouvertes de granulations roses. L'examen histologique décele une transformation maligne.

La radioscopie révèle une métastase ganglionnaire du côté du médiastin.

A propos de ce cas l'auteur rappelle les caractères objectifs, de la transformation maligne dans la leucoplasie laryngée. caractères signalés par Poyet : 1° aspect papillomateux diffus, mal délimité des boutons leucoplasiques ; 2° présence de boutons rouges, sanguinolents, muqueuse dékératinisée, ulcérée ; 3° immobilisation de la corde vocale en position médiane, puis immobilisation laryngée ; 4° adénopathie très tardive, apparaissant quand la transformation est achevée.

LAPOUGE.

**MEYER. — A propos des auto-injections intra-trachéales. Présentation d'un appareil** *Journal de Médecine de Paris*, 28 avril 1923.

Les malades refusent souvent de se soumettre plusieurs fois par semaine à la manœuvre de l'injection intra-trachéale pratiquée par le médecin ; il peut y avoir intérêt à leur enseigner la pratique de l'auto-injection quotidienne, le médecin n'intervenant plus qu'une fois par semaine.

Pour être à même de réussir les auto-injections, le malade doit : avoir une épiglote dont la conformation favorise la manœuvre, ne pas présenter un réflexe nauséux trop vif, s'entraîner avec patience et persévérance, et au début il déglutira plus qu'il n'inhalera.

*Affections justiciables de la méthode.* — Ce sont les affections chroniques du larynx, de la trachée, des bronches, du poumon, en particulier : tuberculose laryngée et pulmonaire, bronchectasie, gangrène, abcès du poumon. Tous les médicaments usuels peuvent être employés, mais pendant la période d'entraînement où une bonne partie du liquide se trouve déglutie, il sera bon d'employer un médicament bien toléré par l'estomac, tel que : solution isotoniques saccharosées de métaux colloïdaux.

*Instrumentation.* — L'auteur décrit l'appareil qu'il a imaginé : tube de verre à godet, destiné à recevoir le liquide, permettant un débit réglable à volonté. Après protraction de la langue, le tube est mis en place et l'écoulement s'obtient par simple action de la pesanteur.

Maurice BUNEAU.

**A. WYLIE. — Cent cas de tumeurs enlevées par laryngoscopie indirecte.** *Int. J. Surg.*, t. XXXVI, p. 244.

Très peu de gêne pour le sujet ; pas de traumatisme du larynx ; bon état du patient après l'opération ; possibilité d'intervenir au cabinet. Tels sont les avantages de la laryngoscopie indirecte. Les pinces utilisées varient avec le siège de la tumeur. Un fil est placé sur l'épiglotte pour la rabattre. Anesthésie par badigeonnage à la cocaïne à 1/10. Bromure les jours précédents. Injection d'un milligramme d'atropine une demi-heure avant l'opération pour diminuer les sécrétions.

V. UCHERMANN et F. HARBITZ. — **Dépôts amyloïdes en forme de tumeur dans le larynx.** *Acta Oto-laryngologica*, juin 1923, vol. V, fasc. II.

Chez une femme de 69 ans, enrouée depuis trois ans, on aperçoit à la laryngoscopie, au niveau de la partie antérieure du larynx une tumeur ulcérée, dure, rouge pâle, de la dimension d'une grosse noisette. Les cordes vocales sont libres et mobiles. La tumeur fut enlevée par la bouche au couteau galvano-caustique.

L'examen anatomopathologique montra que la tumeur consistait en dépôts amyloïdes dans un tissu conjonctif fibreux peu abondant avec quelques cellules géantes à corps étrangers.

G. OHNGREN

E.-D.-D. DAVIS. — **Les kystes du larynx.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIII, n° 9, sept. 1923, p. 473.

Ces tumeurs sont assez rares pour mériter une description complète. L'auteur en a observé deux, il ajoute un troisième cas de Herbert Tilley et M. Froter. Au point de vue histologique, il s'agissait de kystes muqueux à revêtement épithélial banal.

A. QUIRIN.

BRUZZONE et VECCHIA. — **Les injections endotrachéales de novarsénobenzol.** *Policlinico*, ann. 1920.

Après des expériences sur les animaux et sur l'homme, les auteurs préconisent les injections endotrachéales de novarsénobenzol. Elles seraient sans danger, et rapidement absorbées. Mais cette méthode ne saurait être pratiquée par les médecins généraux, peu familiarisés avec les manœuvres laryngoscopiques. Une anesthésie à la cocaïne doit précéder l'injection.

Cette méthode d'injection arsénicale doit être réservée à des cas exceptionnels ; l'indication de choix paraît être la spirochétose bronchique (Castellani).

LAPOUGE

VAN ROSSEN. — **Affection laryngée provoquée par un traitement aux rayons X.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXVIII, n° 9, sept. 1923, p. 477.

Radiothérapie pour des lymphomes du cou chez une jeune fille de 20 ans en 1915. La muqueuse laryngée était infiltrée sans être de nature bacillaire ; amélioration ; puis six ans plus tard, en 1921, nouvel enrrouement ; admission à l'hôpital de Rotterdam pour dyspnée et mort après trois semaines d'une pneumonie.

L'autopsie démontra une broncho-pneumonie ; pas de tuberculose ; carie de l'os hyoïde et destruction du cartilage thyroïde. La péri-chondrite laryngée n'était pas de nature bacillaire. L'auteur s'appuie sur un cas analogue de Marschik pour en faire une nécrose par irradiation excessive.

A. QUIRIN



H.-B. GRAHAM. — **Corps étrangers des voies aériennes et de l'œsophage. Etude clinique.** *Annals of Otol.*, 1923, t. XXXII, n° 3, p. 880.

Nous signalons simplement cet intéressant article qui ne se prête pas à l'analyse. On y trouvera une statistique personnelle de 43 cas, avec un court résumé des observations les plus intéressantes. L'auteur est partisan de l'éclairage distal et pense qu'il ne peut y avoir de technique uniforme dans les manœuvres opératoires, mais qu'il vaut mieux les varier suivant les cas.

CH. JACKSON. — **Quatre épingles de sûreté ouvertes dans l'œsophage.** *Journ. A. M. A.*, 29 sept. 1923, t. LXXXI, n° 13, p. 1099.

Enfant de 9 mois. Les quatre épingles avaient été avalées depuis deux mois. Elles étaient intriquées l'une dans l'autre de telle façon que si l'on saisissait l'une d'elle, les trois autres s'engageaient d'avantage dans l'œsophage. Jackson procéda alors de la façon suivante sous le contrôle du gastroscopie. Les deux plus petites épingles furent amenées dans l'estomac d'où elles furent expulsées spontanément. Les deux autres furent enlevées par la méthode œsophagoscopique, protectrice des pointes, de l'auteur.

Avant l'extraction l'enfant présentait la position décrite par F. Grave ; position gènupectorale (habituelle en cas de corps étranger). Après l'extraction, l'enfant se tint de préférence sur le dos.

N. POPOLITA. — **Sténoses cicatricielles infranchissables de l'œsophage dilatées par l'œsophagoscope.** *Clujul Medical*, 1923, n° 7-8, p. 222.

Après avoir montré la grande fréquence des sténoses cicatricielles de l'œsophage, produites surtout par la soude, l'auteur se déclare partisan convaincu de leur sondage précoce, sous le contrôle rigoureux de l'œsophagoscope. Il ne faut pas oublier que ces sondages précoces, s'ils sont mal faits peuvent devenir mortels.

L'auteur recommande l'intubation permanente de l'œsophage dans le cas des sténoses dures et résistantes.

GUISEZ. — **Radiumthérapie du cancer de l'œsophage.** *Sud Médical et Chirurgical*, 15 mars 1923.

L'auteur fait connaître les résultats de sa longue pratique de la radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Le diagnostic sous endoscopie est facile, d'autant plus que, malheureusement, les malades ne sont le plus souvent examinés qu'à une période déjà avancée de la tumeur. L'examen histologique de la biopsie montre qu'il s'agit presque toujours d'épithélioma baso-cellulaire.

Suit une série de courtes observations relatant chez les malades traités la disparition de la dysphagie et d'une reprise de poids considérable. Ce sont les résultats palliatifs, très appréciables, obtenus

dans la grande majorité des cas. Chez trois malades, l'œsophagoscope ayant permis un diagnostic très précoce, la guérison se maintient sans récurrence depuis dix, neuf et onze ans.

Au point de vue de l'action du radium suivant les formes, l'auteur formule les conclusions suivantes : les cancers de la bouche de l'œsophage et du cardia sont peu modifiés ; les formes saignantes et bourgeonnantes sont les plus résistantes ; quelle que soit la forme histologique, les résultats ne semblent pas sensiblement différents.

Guisez décrit ensuite sa technique actuelle : la dose nécessaire de bromure de radium est de 8 à 11 grammes, disposés en plusieurs tubes de façon à dépasser largement la sténose. Il n'y a pas à craindre d'ulcération ni d'irritation des tissus sains. La nature même de l'organe atteint rend impossible une très longue application. Les séances doivent durer dix-huit à vingt heures, avec un total de soixante à quatre-vingt heures. Elles doivent être aussi rapprochées et longues que possible ; car leur multiplicité n'est qu'un pis aller. Naturellement, une sténose complète ne permettrait en aucune façon d'appliquer ce traitement. La sonde longue semble favoriser une application précise et le maintien en bonne place.

L'amélioration fonctionnelle est très rapide. Localement, les bourgeons ne saignent plus, s'affaissent et disparaissent. La disparition de la sténose a été souvent constatée à l'œsophagoscope ; dans certains cas, la muqueuse était redevenue normale. M. BUNEAU.

CHEVALIER JACKSON. — **A propos du cardiospasme.** *Journ. of Laryngol. and Otol.*, vol. XXXVIII, n° 8, août 1923, p. 431.

Depuis le perfectionnement de l'œsophagoscopie le terme de cardiospasme semble devoir être de plus en plus éliminé. C'est un syndrome dont l'étiologie et la pathologie peuvent varier pour chaque cas. Les nombreuses affections qui peuvent donner lieu au cardiospasme sont toujours soit organiques ou spasmodiques ou combinées. L'auteur voudrait remplacer le terme de cardiospasme par celui de préventriculose.

A. QUIRIN.

M'KINNEY. — **Strictures œsophagiennes à la suite de brûlure à la lessive caustique.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXVIII, n° 9, sept. 1923, p. 461.

Cette lésion semble être assez fréquente aux Etats-Unis, l'auteur en ayant observé 14 cas en un an, dont 14 chez des enfants qui par mégarde avaient bu de la soude caustique, croyant boire du lait condensé, la présentation en boîte étant presque identique.

Les premiers effets de la brûlure étant passés, la déglutition ne présente que peu ou pas de difficultés ; la sténose ne s'installe que petit à petit et est définitivement constituée au bout de six mois, un an même. Trop souvent les parents ou même certains médecins se bercent dans une fausse sécurité parce qu'aucune sténose n'est apparue après la brûlure.

Les sténoses ne siègent pas, comme on s'y attendrait, dans la partie supérieure, mais, d'après les constatations de l'auteur, en général dans

le tiers inférieur, formant parfois plusieurs cicatrices superposées. L'orifice subsistant est le plus souvent filiforme, mais toujours insuffisant pour une alimentation normale. La sténose complète nécessite une gastrostomie. La dilatation ne doit pas être différée, car elle est longue et est d'autant plus couronnée de succès qu'on la commence de bonne heure. Il faut aller prudemment quitte à ne progresser que très lentement, car le danger de déchirure est toujours imminent, et la rupture ne pardonne pas. La dilatation se fait avec l'œsophagoscope de Jackson ou de Brunings ou avec des sondes flexibles. Chez les enfants l'anesthésie est inutile ; chez les grandes personnes un badiageonnage de l'oropharynx à la cocaïne au 1/10 suffit. Dans deux cas l'auteur a fait la dilatation rétrograde par l'ouverture de la gastrostomie, mais c'est une méthode d'exception. Il insiste sur la nécessité de commencer la dilatation dans les cas dûment établis, même s'il n'y a encore aucun signe de sténose.

A. QUIRIN.

**E.-P. RICHARDSON. — Valeur relative de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement de l'hyperthyroïdisme.** *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1923, 24 mars, p. 824.

La thyroïdectomie subtotala est un traitement plus efficace du goître exophtalmique que la radiothérapie. Cependant celle-ci a une action certaine dans des cas déterminés d'hyperthyroïdisme. Mais cette action ne se montre pas assez constante pour être considérée comme la seule forme possible de traitement. L'avantage principal de la radiothérapie, c'est que la mortalité est nulle. On devra donc l'essayer dans des cas sélectionnés de goître exophtalmique. L'auteur recommande de le faire pendant quatre mois. Après quoi, si l'amélioration obtenue tant du côté de l'état général que du côté du métabolisme basal n'est pas suffisante pour laisser espérer la guérison, il faut opérer.

**SUGDEN. — Un cas de blastomycose.** *Brist. Med. Journ.*, 14 juillet 1923, p. 65.

C'est une observation de blastomycose de la face, prise d'abord pour de l'impétigo. Le traitement par l'iodure amena la guérison.

KAUFMANN.

**DUNET. — Lithiase de la glande sous-maxillaire.** *Soc. de méd. et des Sc. méd.*, 20 décembre 1922. In *Lyon médical*, 25 avril 1923.

L'auteur présente les coupes d'une glande sous-maxillaire opérée dans le service de BÉRARD. Il y avait deux calculs dans le canal de WARTON. Il y a sclérose accentuée de la glande sous-maxillaire, et dans les lobules de nombreuses traînées ou îlots inflammatoires. L'extirpation totale de la glande a été donc bien légitime.

GAREL rappelle à ce propos qu'il a insisté sur la présence d'une sorte de hernie ou de gonflement salivaire sous-maxillaire, plus rarement parotidien, comme signe de calcul salivaire. La hernie salivaire intermittente est un bon signe.

TAVERNIER rappelle 2 cas de calcul de la parotide qu'il a opérés.

COLLET conseille l'extirpation de la poche kystique. SARGNON.

V.-P. BLAIR et E.-C. PADGETT. — **Suppuration de la parotide et de ses canaux excréteurs.** *Arch. Surg.*, 1923, t. VII, p. 1.

L'auteur rapporte 50 cas qu'il divise en : 1° Inflammation aiguë primitive de la glande ; 2° symptômes d'obstruction des canaux.

Dans le 1<sup>er</sup> groupe (35 cas), les symptômes furent l'apparition brusque, une violente douleur, une tuméfaction marquée et des symptômes généraux d'infection grave, et de l'œdème pouvant s'étendre au cou et à toute la face ; 1 cas de mort par œdème de la glotte. Dans quelques cas cependant les symptômes locaux et généraux sont moins marqués. Du côté de la bouche on constate une saillie rouge correspondant à l'orifice du canal de Stenon, associée ou non à de la sécrétion purulente à cet endroit. Ces parotides surviennent à la suite d'une maladie aiguë ou chronique, où à leur période terminale ; elles peuvent être post-opératoires. Elles sont dues généralement au staphylocoque. Les cas légers sont à traiter par des pansements humides chauds. Les autres doivent être opérés : incision cutanée allant de 2 centimètres en avant du tragus jusque derrière et en dessous de la joue ; dissection de la capsule ; ponction de la glande à la pince. Le facial est ainsi épargné. Il ne survint une fistule salivaire que dans 3 cas.

Dans le groupe 2, parotidites associées à de l'obstruction, celle-ci est due à de la tuméfaction de la muqueuse, un bouchon muqueux, un rétrécissement inflammatoire ou à des calculs. Rarement il y a des signes généraux graves, généralement il y a une douleur modérée, exacerbée à l'occasion des repas. L'évolution se fait souvent par poussées récidivantes, souvent en rapport avec des inflammations aiguës pharyngées. Les rayons X montreront les gros calculs. L'obstruction complète et permanente aboutit à l'atrophie de la glande. Dans quelques cas, il se produit un abcès parotidien. Le traitement consiste en la désinfection bucco-pharyngée, l'ablation des calculs quand ils existent. Il peut être aussi indiqué de cathétériser et de dilater le canal de Stenon. Dans quelques cas rebelles, les auteurs ont fait un abouchement nouveau de ce dernier.

DOUGLAS-QUICK ET FREDERICK JOHNSON. — **Traitement radium-thérapeutique des tumeurs de la parotide** *New-York state journal of Medicine*, juillet 1922.

Les tumeurs de la parotide surviennent à tous les âges mais sont essentiellement une manifestation de l'âge moyen. Ces tumeurs sont faciles à traiter par les agents physiques pour trois raisons : 1° elles sont facilement accessibles ; 2° elles ont en majorité une évolution bénigne à cause de la capsule limitante ; 3° à cause des métastases tardives. Le traitement a été conduit soit par une radiation externe de radium d'environ 2.200 millicuries heures à 9.000 millicuries suivant l'importance de la tumeur, soit à l'aide de tube de verre d'émanation d'environ 3 millimètres de long contenant de 1 à 1,5 millicuries enfoncés en pleine tumeur à l'aide d'une fine aiguille trocart sous anesthésie locale. Cette dernière méthode a été plus particulièrement appliquée aux tumeurs mixtes contenant du tissu fibreux



abondant et du cartilage. Sous l'influence du traitement, les barrières contre l'invasion maligne sont fortifiées, l'infiltration leucocytaire est suivie par la formation de tissu fibreux, les canaux vasculaires subissent une légère oblitération, la vitalité des cellules cancéreuses est diminuée, plus tard elles dégèrent et sont résorbées. Les signes cliniques d'une bonne radiation sont une hyperémie de tissus environnant, le gonflement et le ramollissement de la tumeur. A mesure que le tissu fibreux est produit la tumeur devient de plus en plus petite et dure jusqu'à devenir une très petite masse inerte. Il est souvent impossible de faire disparaître complètement les néoplasmes contenant une grande proportion de tissu fibreux et de cartilage, mais les masses cartilagineuses qui restent sont sans danger. Les résultats des quatre années finissant en 1921 sont les suivants.

	Numéros des cas	Cliniquement guéris	Améliorés	Non améliorés
Tumeurs primitives opérables .	8	7	1	0
Tumeurs primitives inopérables .	20	7	7	6
Tumeurs récidivées opérables .	3	3	0	0
Tumeurs récidivées inopérables .	23	5	8	10

SOUCNET.

COLLET et BONNET. — **Le syndrome paralytique du cancer de la parotide.** In *Lyon chirurg.*, mai-juin 1924.

Les auteurs rappellent les différents syndromes déjà connus de JACKSON, d'AVELLIS, de SCHMIT, de TAPIA, observés avant la guerre ; depuis ce sont les syndromes des 4 dernières paires craniennes (COLLET), du trou déchiré postérieur (BONNET), du carrefour antéro-déchiré (SICARD), syndrome de l'espace rétro-parotidien (VILLARET).

Le syndrome paralytique du cancer de la parotide est caractérisé par la coexistence des deux syndromes suivants :

1° Le syndrome rétro-parotidien de Villaret.

2° La paralysie faciale du même côté à laquelle, à titre accessoire, peut être associée la paralysie de la branche externe du spinal. Elle doit être observée d'une façon presque exclusive dans le cancer de la parotide, notamment dans les formes squirreuses.

Les auteurs rapportent deux observations :

Obs. I (service de TIXIER). — Squirre de la parotide, paralysie faciale précoce ; apparition secondaire tardive de syndromes paralytiques de l'espace rétro-parotidien. Paralysie du spinal : branche interne et externe.

Obs. II. — Squirre de la parotide, syndrome paralytique précoce de l'espace rétro-parotidien postérieur, paralysie du facial et de la branche externe du spinal.

On sait que le syndrome de l'espace rétro-parotidien paraît être constitué exclusivement par des troubles du côté du rameau pharyngien, du pneumo-gastrique, du spinal, de l'hypoglosse et du sympathique.

Ces signes peuvent avoir de l'intérêt pour le chirurgien en montrant l'étendue des lésions de la tumeur.

SARGNON.

WERTHEIMER. — **L'orientation actuelle du traitement de la névralgie faciale.** *Lyon chirurg.*, juillet-août 1923.

L'auteur étudie d'abord les différentes variétés de névralgies du trijumeau : la névralgie essentielle, la névralgie secondaire et les pseudo-névralgies qui n'ont pas ce caractère paroxystique atroce et qui ont des troubles vaso-moteurs marqués (syndrome sympathique).

On a attribué beaucoup d'importance aux névralgies ganglionnaires, d'où la fréquence de l'opération du ganglion de Gasser, mais dans beaucoup de cas le ganglion n'avait pas été enlevé. Le ganglion de Gasser est l'homologue d'un ganglion spinal ; son extirpation amène la dégénérescence.

Les névralgies centrales sont encore peu connues. L'auteur rappelle aussi les névralgies consécutives aux ganglions sphéno-palatins et aux sinusites profondes.

Dans un 2<sup>e</sup> chapitre, il étudie l'évolution des conceptions thérapeutiques, notamment les directives actuelles par rapport aux notions classiques émises dans les rapports de JABOULAY et MORESTIN, au Congrès de Chirurgie en 1908. A cette époque, l'opinion chirurgicale avait le choix entre trois méthodes thérapeutiques : les interventions périphériques, les interventions intra-craniennes (ganglion de Gasser) et les interventions indirectes en agissant sur les phénomènes sympathiques par la ligature de la carotide primitive, par les ligatures associées de la carotide externe et de l'artère vertébrale, par la section du sympathique cervical (JABOULAY), par la trépanation du centre cortical du trijumeau.

Dans les conceptions thérapeutiques actuelles, on abandonne les interventions périphériques, sauf l'alcoolisation des troncs nerveux. L'auteur étudie ces injections, leurs complications ; il déclare que les injections d'alcool ont complètement supplanté les névrotomies classiques, mais il faut se garder à leur égard d'un enthousiasme excessif, car les récidives commandent souvent les injections successives.

Les paralysies faciales ne sont pas exceptionnelles. A leur suite, les troubles de la mastication sont à peu près constants après l'injection du maxillaire inférieur. Les injections ganglionnaires sont dangereuses.

Puis l'auteur étudie les névrotomies rétro-gassériennes, leur technique, leurs complications opératoires, notamment la paralysie faciale, les paralysies oculaires.

Les interventions indirectes sont de plus en plus délaissées. La résection du sympathique, préconisée par JABOULAY, a été abandonnée par LERICHE à cause de ses échecs.

En présence d'une névralgie du trijumeau, l'auteur conclut d'abord : à la nécessité d'un examen sérieux, à l'emploi d'injections d'alcool dans les troncs nerveux mais pas dans le ganglion. Les récidives multiples contre-indiquent les injections d'alcool. En cas d'opération, c'est la névrotomie rétro-gassérienne.

SARGNON.

MACLAY. — **Remarques sur un cas de phlegmon du cou et abcès de la paroi thoracique consécutifs à la recherche d'une arête de poisson par voie endoscopique.** *Journ. of Laryng. of Otol.*, oct. 1923, vol. XXXVIII, 10 ; p. 518.

L'auteur complète l'observation présentée à la session de décembre 1922. Il s'agissait d'une femme de 25 ans, ayant avalé une arête de poisson et se plaignant dès le lendemain de violentes douleurs dans la gorge, surtout à la déglutition. Une exploration endoscopique fut pratiquée sous anesthésie générale ; elle ne ramena aucun corps étranger ; mais elle permit de constater 10 centimètres au-dessous du cricoïde l'existence de lésions de la muqueuse saignant facilement et opposant une vive résistance au passage du tube. La douleur cervicale augmenta, et en trente-six heures, le phlegmon s'était constitué.

Pour l'intervention qui s'imposait on choisit la voie d'approche antérieure, le maximum de douleur étant en avant ; l'urgence et le mauvais état du malade ne permettant pas de perte de temps par une dissection longue et difficile. Après l'ouverture tout semblait rentrer dans l'ordre, quand au bout d'un mois apparut une tuméfaction douloureuse au niveau du cartilage de la seconde côte droite. On ouvrit cet abcès qui communiquait avec un autre abcès du médiastin supérieur ; au bout de six semaines de drainage attentif la plaie se referma par l'intérieur. L'auteur admet l'ordre suivant des lésions : traumatisme de la muqueuse par l'arête qui passa dans l'estomac ; perforation de l'œsophage par le tube endoscopique ; l'infection a gagné la profondeur grâce à l'association fuso-spirillaire et streptococcique. La progression de cette suppuration profonde vers la surface constitue une rareté qui méritait d'être signalée.

QUIRIN.

DELORE et DUNET. — **Cholesteatome juxta-thyroïdien déve-  
loppé à la périphérie d'un goitre kystique.** Soc. de méd. et des  
Sc. méd., 20 décembre 1922, in *Lyon méd.*, 25 avril 1923.

Nous signalons ce travail ; car dans cet article il y a beaucoup de documents pour les cholesteatomes autres que ceux de l'oreille, notamment des documents histologiques et pathogéniques.

SARGNON.

DURAND. — **Fracture spontanée de l'extrémité supérieure  
du fémur dans une métastase de cancer thyroïdien. Désar-  
tication de la hanche. Résultats éloignés.** Soc. de Chirurgie  
de Lyon, 11 janv. 1923, in *Lyon chirurg.*, mai-juin 1923.

L'auteur a eu beaucoup de peine à établir la nature vraie de cette lésion, mais le Dr BOUCHUT a trouvé dans le noyau thyroïdien et dans la fracture fémorale les mêmes vésicules thyroïdiennes. Il n'y avait pas de récurrence quinze mois après.

SARGNON.

GORDON B. NEW et FRED A. FIGI. — **Actinomycose de la tête et  
du cou.** *Surgery, gynecology and Obstetrics*, t. XXXVII, novembre  
1923, p. 617.

New et Fred étudient 107 cas d'actinomycose de la tête et du cou observés par eux à la clinique Mayo, soit 68,1 % de toutes les acti-

nomycoses observées dans cette clinique de 1913 à 1922. Sur ce nombre 7 seulement étaient traités pour actinomycose au moment de leur examen.

Sur les 107 malades, 99 étaient des hommes, le plus jeune ayant 9 ans, le plus vieux 66, la majorité étant entre 21 et 50 ans. 89 malades attribuaient leur affection à la contamination par les animaux mais 43, 7 % seulement avaient été réellement en contact avec des animaux malades. Les auteurs pensent que l'infection directe par le bétail est discutable. Dans 5 cas, en effet, on pouvait incriminer très nettement des corps étrangers, des morceaux de paille et des barbes d'orge en particulier. L'infection par absorption de lait ou de viande provenant de bêtes malades est également très improbable. Dans aucun des cas observés, il ne pouvait être question de contagion directe d'une personne à une autre. Alors que jusqu'en 1922, la littérature ne signale que 35 cas d'actinomycose de la langue, les auteurs en ont trouvé 6 cas pendant les trois dernières années et ils pensent que des examens plus minutieux des lésions de la langue en feront découvrir des cas plus nombreux.

Le diagnostic microscopique n'est pas toujours facile et, au point de vue clinique, la confusion est possible avec de nombreuses affections. L'actinomycose de la langue, entre autres, peut simuler un cancer, un kyste infecté ou une cellulite chronique, celle de la région temporale peut être confondue avec un sarcome. Enfin, dans 2 cas d'actinomycose de la région médiane du cou avaient été posés les diagnostics de cancer du corps thyroïde et de thyroïdite tuberculeuse.

Pour avoir toute sa valeur le traitement doit être précoce. Les iodures sont presque spécifiques. Après les avoir employés en injections directes dans les masses actinomycosiques, les auteurs ont rejeté le chlorure de mercure, le phénol, la teinture d'iode, etc... La radiothérapie est employée. Quant au radium, dont on s'est beaucoup servi récemment, il diminue très nettement l'induration. Le traitement chirurgical doit être associé au traitement médical : les abcès sont ouverts et tamponnés à la gaze iodoformée. Les auteurs emploient aussi une solution saturée d'iodure de potassium à la dose de X gouttes trois fois par jour et en augmentant de I ou II gouttes jusqu'à ce que le malade prenne CC gouttes trois fois par jour. Le traitement est interrompu pendant une semaine et repris dans les mêmes conditions. Avec cette méthode New et Fred. ont eu pratiquement raison de tous les cas qu'ils ont traités sauf les cas très avancés dans lesquels, par suite de la proximité du crâne ou de la poitrine, l'infection avait gagné les méninges ou le thorax.

PLANTEY.

P. TRUFFERT. — **Les branchiomes du cou.** *Annales des maladies de l'oreille, etc.*, janvier 1923t. XLII, n° 1.

La question des branchiomes à mesure qu'elle s'est précisée a perdu son unité clinique. On distingue des branchiomes malins, branchiomes mixtes, branchiomes bénins ; mais tous ont une origine et une pathologie commune. Pour expliquer la formation des branchiomes, l'auteur étudie l'embryologie de la région cervicale, l'évolution des fentes et arcs branchiaux. Cette étude pouvant seule per-



mettre de comprendre leur pathogénie. Age d'apparition, siège, développement de ces tumeurs sont rappelés dans ce travail. L'aspect macroscopique est ou celui d'une tumeur blanchâtre, dure lardacée, ou celui d'une tumeur kystique à paroi végétante.

Histologiquement, on peut décrire des branchiomes mixtes à tissus multiples et des branchiomes simples dans lesquels prédominent des éléments anatomiques, mais ce qui caractérise histologiquement les branchiomes, c'est la variété des tissus qui la constituent. Il en est à types : baso-cellulaire, spinocellulaire, lobulé, tubulé, à globes cornés.

Au début, qu'ils soient bénins ou malins les branchiomes ont un aspect physique identique. Tumeur ovoïde, recouverte de peau normale, d'une ligne régulière qui paraît à un examen superficiel d'une mobilité complète alors qu'elle est moins étendue dans le sens vertical que dans le sens horizontal. Cette période très longue dans les cas bénins est très courte dans les formes malignes.

Le branchiome malin marque son évolution envahissante par l'apparition de la douleur avec irradiation, en même temps la tumeur accroît son volume, perd sa régularité, et sa mobilité, la peau est envahie ; la terminaison est le plus souvent le fait de la cachexie cancéreuse, jamais la mort n'est due à une généralisation.

Le branchiome bénin diffère par la durée des stades évolutifs, mais un jour il dégénère et l'évolution est alors rapide. Le diagnostic est surtout à faire avec le cancer secondaire des ganglions.

En présence d'un branchiome bénin l'exérèse chirurgicale est seule de mise. Dans sa première période, le branchiome malin relève de l'exérèse chirurgicale et des agents physiques ; plus tard, il ne s'agit plus que de calmer les douleurs et l'angoisse du malade.

CHABERT.

V. MASINI. — **Sur l'ossification du ligament stylo-hyoïdien.** (*Bolletino delle mal del' orecch...* Ann. XLI, mai 1923, p. 54).

Un vieillard de 70 ans accuse, à la déglutition, une sensation de corps solide, sensation douloureuse, qu'il localise derrière l'amygdale droite. La sonde olivaire ne rencontre aucun obstacle dans l'œsophage. De même le bismuth passe facilement dans l'estomac. (Examen radioscopique). Mais cet examen déceit une ombre au niveau des ailes du cartilage thyroïde et de l'os hyoïde. La palpation met alors en évidence l'ossification du thyroïde, et un corps allongé dur, vraisemblablement, le ligament stylo-hyoïdien ossifié.

Pour provoquer cette ossification certaines conditions anatomiques sont nécessaires: la longueur anormale de l'apophyse styloïde, et l'ossification des cartilages laryngés.

LAPOUGE.

---

Le Gérant : P. VIGOT.

# M É M O I R E S

---

## DE L'EXISTENCE ET DU MÉCANISME D'UNE ACCOMMODATION A LA DISTANCE DANS LES DEUX SENS LABYRINTHIQUES DE L'AUDITION ET DE LA GIRATION

Par **L. BARD.**

Professeur de clinique médicale à l'Université de Lyon.

---

(Mémoire reçu le 1<sup>er</sup> décembre 1923).

---



I. — Le mécanisme physiologique de l'accommodation visuelle à la distance, assurée par les variations de courbures du cristallin, commandées elles-mêmes par le muscle ciliaire, est bien connu ; cette accommodation repose sur une véritable mise au point, qui a pour but d'amener l'image de l'objet choisi, à tomber exactement sur la région sensible de la rétine, condition nécessaire pour porter au maximum la netteté de cette image.

Sa raison d'être résulte de la nécessité, qui s'impose à tout appareil récepteur des ondes lumineuses, de s'adapter à la distance de l'objet éclairé, adaptation qui est une condition essentielle de sa finesse et de sa puissance d'analyse. Cette raison physique n'est pas seule en cause ; il s'y ajoute une utilité fonctionnelle primordiale, qu'on ne méconnaît pas, mais à laquelle on n'a peut-être pas accordé toute l'importance qu'elle mérite.

L'adaptation de l'œil à la vision d'un objet défini, choisi à son gré par le sujet, ne se contente pas d'en exalter l'image, elle atténue en même temps celle de tous les autres, tant que dure la fixation du premier. De ce fait elle en assure la perception isolée, évitant ainsi aux centres cérébraux l'effort continu, qui serait nécessaire à cet effet, si toutes les images leur arrivaient ensemble en même valeur ; de ce mécanisme résulte pour ces centres l'économie de forces que le perfectionnement des organes périphériques a précisément pour but de réaliser.

Ces deux raisons d'être de l'accommodation aux distances ne sont pas l'apanage de l'appareil de la vision. Les études que j'ai poursuivies depuis plusieurs années sur les deux autres sens spatiaux, de l'audition et de la gyration, m'ont permis d'établir qu'elles interviennent au même degré dans la physiologie du labyrinthe, aussi bien dans celle du labyrinthe antérieur auditif, que dans celle du labyrinthe postérieur gyratif.

Les variations de distance dans l'espace constituent en effet un facteur physique qui fait sentir son influence sur tous les appareils récepteurs ; qu'il s'agisse de la mise au point des appareils d'optique ou de la hausse des appareils balistiques, toujours il faut *rétablir par quelque dispositif correcteur l'utilisation d'un même appareil pour des distances différentes*. Les variations des distances des sources sonores jouent pour le labyrinthe antérieur le même rôle que celles des objets éclairés pour les milieux optiques ; les différences des rayons des mouvements gyrotoires, à la perception desquels est préposé le labyrinthe postérieur, jouent le même rôle que les distances des objets perçus par les deux sens précédents.

Comme je l'ai montré, dès 1904 pour le labyrinthe antérieur, et seulement en 1918 pour le labyrinthe postérieur, ces organes jouissent au même titre que l'appareil visuel, mais par des mécanismes qui leur sont propres, et qui étaient complètement inconnus jusqu'à mes recherches, d'une accommodation volontaire aux distances, qui répond, ici comme là, aux besoins impérieux de la fonction, et qui assure à ces deux derniers sens les mêmes avantages particuliers qu'au premier.

L'observation la plus superficielle permet en effet de se rendre compte que l'oreille jouit du pouvoir de s'adapter à une source sonore définie, choisie par la volonté ; c'est grâce à ce pouvoir que nous parvenons, au milieu de bruits multiples, à percevoir plus nettement un seul d'entre eux, que nous choisissons à notre gré ; à écouter par exemple une seule personne au milieu de plusieurs autres, voire même un seul instrument au milieu d'un orchestre.

De même lorsqu'on est entraîné par plusieurs mouvements distincts, simultanés quoique indépendants, comme par exemple dans la nacelle d'un manège forain circulaire, qui subit elle-même des mouvements propres de roulis et de tangage, on se rend compte que l'on peut à volonté fixer son attention sur l'un d'eux, et arriver alors à le percevoir avec une netteté d'autant plus grande que les autres s'effacent en proportion. De même

que pour les accommodations visuelles et auditives similaires, il s'agit d'une mise au point différentielle, qui permet de choisir, dans les actions simultanées de girations différentes, celle dont la volonté veut exalter l'image, en atténuant celle de ses voisines, pour en obtenir une meilleure perception du fait même de cet isolement.

J'ai déjà fait connaître, avec plus de détails, dans une série de mémoires antérieurs, les données qui précèdent et que je viens de résumer sommairement ; j'ai indiqué en même temps les mécanismes par lesquels cette modalité particulière d'accommodation est réalisée par les organes sensoriels en cause. Les publications consacrées à l'accommodation auditive à la distance remontant à une vingtaine d'années, alors que celles consacrées à l'accommodation gyrative sont beaucoup plus récentes, il m'a paru utile de résumer ce qui concerne l'une et l'autre dans une étude commune, nécessaire pour mettre en évidence leurs similitudes et leur solidarité, susceptible par là même d'en faciliter la compréhension et d'en faire ressortir la réelle importance. Je me contenterai d'un résumé sommaire des points essentiels, en renvoyant aux mémoires initiaux les lecteurs qui s'intéressent à ces problèmes.

Si cette aptitude fonctionnelle des deux parties du labyrinthe a passé inaperçue jusqu'à mes recherches, c'est sans doute uniquement parce qu'il était impossible de la comprendre, à l'aide des seules données connues sur le fonctionnement du tympan et de la chaîne des osselets d'une part, et sur celui de l'utricule et des canaux semi-circulaires d'autre part. Pour y parvenir il était nécessaire de soumettre ces données à une révision attentive et de leur faire subir les modifications et les compléments nécessaires ; malgré certaines similitudes, le problème se présente très différemment pour les deux sens juxtaposés dans le labyrinthe, et il est, de ce fait, nécessaire de les envisager séparément.

II. — Le *labyrinthe antérieur auditif* (1) est préposé à l'ana-

1. L. Bard. De l'existence et du mécanisme d'une accommodation auditive à la distance. *Journal de physiologie et de pathologie générale* 1904, pp. 1051-1057. — De l'accommodation auditive, son but et ses diverses modalités. *Revue médicale de la Suisse romande* 1904, pp. 737-752. — Des diverses modalités des mouvements de la chaîne des osselets et de leur rôle dans l'audition. *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1905, pp. 665-674. — Les bases physiologiques des notions auditives : orientation et perception des formes ; accommodation à la distance. *Archives internationales de laryngologie*, 1922, pp. 657-681.



lyse des ondes sonores, qui lui arrivent par la voie aérienne et qui, captées par le tympan, lui sont transmises par la chaîne des osselets.

Le tympan est partagé en deux parties, antérieure et postérieure, par le manche du marteau, qui lui est intimement soudé sur près des deux tiers d'un diamètre très voisin de la verticale; il en résulte que les deux quadrants supérieurs du tympan constituent deux membranes juxtaposées, en quelque mesure distinctes, et susceptibles de présenter des vibrations indépendantes.

Dans l'audition de face, qui assure le maximum de netteté et de finesse de la perception, position que la tête prend automatiquement pour écouter, les ondes sonores abordent le tympan parallèlement. Lorsqu'elles arrivent de distances lointaines, leur action sur les deux quadrants est sensiblement la même et provoque des vibrations d'égale amplitude; par contre lorsque l'origine des bruits se rapproche, comme leur intensité décroît en raison inverse du carré des distances, l'action des ondes s'exerce avec plus de force sur le quadrant antérieur que sur le quadrant postérieur; la différence d'action s'accuse à mesure que le bruit se rapproche. Il en résulte que les deux quadrants subissent alors des déplacements inégaux; le manche du marteau, inégalement sollicité sur ses deux faces, complique ses oscillations normales d'oscillations longitudinales autour de son axe, et celles-ci entraînent des distorsions de l'image acoustique, qui en compromettent la netteté.

Le tympan soumis à une *tension générale uniforme*, quel qu'en soit le degré, est adapté à *l'enregistrement correct des bruits d'origine éloignée*, mais il constitue un appareil récepteur défectueux pour les bruits rapprochés; c'est donc pour ces derniers que doit intervenir l'accommodation auditive à la distance. Il en résulte qu'il en est pour l'audition exactement de même que pour la vision: le repos du muscle accomodateur convient pour la perception des objets éloignés et son intervention est nécessaire pour la bonne perception des objets rapprochés.

Comme l'amplitude des vibrations des membranes tendues, si elle est proportionnelle à l'intensité des bruits qui les frappent, est, par contre, inversement proportionnelle à leur degré de tension, il suffira, pour rétablir la netteté des images, d'établir des *tensions différentes dans les deux quadrants successifs*, en faveur du quadrant le plus rapproché de l'origine du bruit, le quadrant antérieur dans l'espèce. De ce fait le tympan sera *accordé pour la*

*distance de la source sonore qui correspond à la différence ainsi créée.* Du même coup il cessera d'être accordé, non seulement pour les bruits lointains, mais, même pour les bruits rapprochés d'une distance différente.

Il est dès lors manifeste que, si cette *tension différentielle* peut être obtenue, elle satisfera simultanément et solidairement aux deux indications essentielles d'une accommodation à la distance : d'une part, *l'amélioration de la perception du bruit choisi par l'attention* au milieu de ses congénères, par l'adaptation de l'appareil récepteur à ses conditions particulières ; d'autre part, *l'atténuation simultanée, le flou de tous les bruits concomitants*, par l'imperfection de leurs images.

Pour obtenir ce résultat, il suffira de l'intervention d'un muscle susceptible de réaliser la mise au point voulue, et ce muscle existe, c'est le muscle de l'étrier, qui remplit le rôle de *tenseur différentiel* du tympan, pendant que le muscle du marteau remplit celui de *tenseur total*.

J'ai pu me rendre compte de la différence de ces modes d'action par l'examen attentif des détails anatomiques ; on peut facilement se convaincre de leur réalité, *de visu*, par l'examen des effets de la traction directe des deux tendons des deux muscles, sur une tête de bœuf fraîchement préparée à cet effet. La traction sur l'apophyse d'insertion du muscle du marteau attire le tympan en dedans, en masse, sans le mouvement de bascule qu'on lui attribue d'ordinaire, parce que le muscle exerce son action, non sur un des bras de levier qui composent l'osselet, mais, au contraire en son milieu, à son point mort. La traction du tendon d'insertion du muscle de l'étrier, qui affecte une direction à peu près exactement perpendiculaire à celle du tendon précédent, attire la tête de l'étrier directement en arrière ; ce déplacement se répercute sur toute la chaîne, il l'entraîne en arrière, de la même façon que la traction du manche du marteau l'entraînait tout entière en dedans.

Le report en arrière du manche du marteau, qui résulte de la traction exercée dans ce sens par le muscle de l'étrier, est rendu possible par la laxité de la partie supérieure du tympan formée par la membrane de Schrapnell ; cette traction augmente la tension de la moitié antérieure du tympan et, spécialement de son quadrant supérieur, en diminuant d'autant la tension de la moitié postérieure correspondante. Il se produit ainsi, entre les deux parties verticales du tympan, les inégalités de tension, dont le réglage va adapter la membrane à la distance même occupée

par la source sonore spécialement écoutée. Loin de jouer le rôle de simple antagoniste du muscle du marteau, destiné à favoriser par la diminution de la tension du tympan, comme on le répète à tort, la perception des bruits faibles ou lointains, *le muscle de l'étrier* est l'analogue du muscle ciliaire, il *adapte l'oreille à l'audition des bruits rapprochés*.

Dans mes premières études sur l'accomodation auditive j'avais simplement opposé la contraction du muscle de l'étrier, adaptant le tympan pour l'audition aux distances rapprochées, à l'adaptation aux distances lointaines constituée par le repos du muscle, notion qui concordait avec le rôle attribué au muscle ciliaire dans l'accomodation visuelle.

L'observation de certains troubles, apportés à la vision lointaine par la presbytie (1), m'a amené plus récemment à connaître l'insuffisance partielle de cette manière de voir, et à la compléter par une donnée nouvelle : le fait que l'accomodation aux distances, au lieu de ne se produire que dans une seule direction, se réalise, par des mécanismes différents, dans les deux directions opposées, autour d'une position intermédiaire qui constitue en quelque sorte le *O physiologique* de la fonction : cette position correspond au *tonus simple de l'appareil accomodateur*, qui en représente seul le véritable repos. Cette notion s'applique au même titre à l'accomodation auditive similaire, bien que la vérification objective en soit plus difficile que pour la vision. Le tonus du muscle de l'étrier exerce en effet un léger degré de traction sur le manche du marteau ; cette légère tension différentielle du tympan constitue la condition la plus favorable à la perception des bruits des distances moyennes, qui forment d'ailleurs le domaine le plus usuel de l'exercice de l'audition. Les conditions extrêmes, dans les deux sens, exigent des interventions de la volonté ou des réflexes, des efforts plus ou moins étendus. Il est en effet manifeste que, chez les sujets normaux c'est pour les distances de quelques mètres que l'audition s'exerce sans effort et sans fatigue, alors que l'audition lointaine, tout aussi bien que l'audition rapprochée, exige l'intervention de procédés d'accomodation, dont l'existence se révèle par le fait même de la fatigue que leur entrée en jeu est susceptible d'entraîner, alors que l'accommodation aux distances rapprochées résulte de la contraction active du muscle de l'étrier : celle aux distances lointaines exige le *relâchement complet* du muscle, qui constitue éga-

1. L. Bard. De l'hypermétropie physiologique et de la presbytie aux distances éloignées. *Archives d'ophtalmologie*, 1922, p. 193-205.

lement un phénomène actif quoique de direction contraire, adapté à un but antagoniste du premier, de l'ordre de ceux pour lesquels j'ai proposé dans un article récent, la dénomination de kinésies négatives (1).

On voit, par les détails qui précèdent, que l'accommodation auditive, dont le but est identique à celui de l'accommodation visuelle dans toutes ses modalités, lui est exactement comparable : le mécanisme de l'une ne diffère de celui de l'autre que dans la mesure où l'exigent les différences de propriétés physiques de chacun de leurs excitants particuliers.

L'accommodation visuelle utilise les propriétés des lentilles, l'accommodation auditive celle des membranes vibrantes : l'une et l'autre reposent sur des muscles, capables d'imprimer aux structures anatomiques les modifications morphologiques nécessaires. Qu'il s'agisse de la vue et de l'ouïe, si les dispositifs anatomiques diffèrent, les moyens physiologiques concordent à atteindre le même but : l'orientation spatiale des rayons lumineux ou des ondes sonores : la perception des formes des objets, que les uns et les autres révèlent à nos sens, avec la même netteté, quelles que soient leurs distances, grâce au pouvoir d'accommodation qui permet aux appareils sensoriels de compenser les effets perturbateurs de ces distances.

Les détails qui précèdent concernant uniquement l'accommodation normale ; il va de soi qu'elle est exposée à présenter des troubles pathologiques, au même titre que l'accommodation visuelle correspondante ; les troubles auditifs qui relèvent à la paralysie faciale périphérique, certains troubles séniles qui constituent une véritable *presbytie auditive*, relèvent manifestement de paralysies de l'accommodation à la distance ; les uns et les autres attendent encore une description précise.

III. — Le *labyrinthite gyratif* (2) est préposé à l'analyse des courants liquidiens, qui sont provoqués dans les canaux semi-circulaires et dans l'utricule, par des mouvements subis par le rocher dans lequel ils sont inclus, courants dont les diverses modalités vont permettre d'enregistrer et de percevoir les modalités correspondantes des mouvements du crâne dont ils procèdent.

1. L. Bard. Du rôle et du mécanisme des actions d'arrêt : distinction des kinésies négatives et des inhibitions. *Revue neurologique*, 1922, pp. 121-143.

2. L. Bard. Physiologie générale du sens de la giration. *Revue médicale de la Suisse Romande* 1918, pp. 293-316. Des réflexes giratifs (réflexes d'adaptation et d'accommodation du sens de la giration). *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1919, pp. 83-94.



Les organes utilisent à cet effet les différentes propriétés balistiques des liquides et des solides : une petite quantité de liquide, renfermée dans des cavités anfractueuses du rocher, traduit par ses déplacements, tous les entraînements, toutes les secousses que subit l'os qui les renferme. La paroi osseuse est solidaire de ces mouvements, le liquide ne les suit qu'avec le retard qui résulte de son inertie ; il arrive de plus à subir la force centrifuge. De l'une et de l'autre action résulte un léger divorce entre le contenant et le contenu ; des crêtes nerveuses en constatant et en analysant les modalités ; tel est le point de départ de l'impression sensorielle.

En fait tous les mouvements, subis et enregistrés par le labyrinthe, présentent un élément giratoire plus ou moins marqué, non seulement parce que la ligne droite n'est en théorie qu'une circonférence dont le centre est placé à l'infini, mais surtout parce qu'elle n'est jamais une réalité matérielle, alors que les formes contournées et dissymétriques des canaux semi-circulaires accentuent encore, en une large mesure, le caractère giratoire des mouvements qui les entraînent.

Lorsque le mouvement est rectiligne ou de très grand rayon, l'action giratoire s'exerce également sur l'utricule et sur les canaux semi-circulaires, leurs deux déplacements ne présentant pas de différences appréciables de vitesse ; dès lors le mouvement intérieur ne présente aucune discordance entre ces deux régions.

Lorsqu'au contraire le rayon du mouvement se raccourcit, et dans la mesure de ce raccourcissement, l'action giratoire devient inégale sur les régions ; de même que le bruit perd de son intensité en raison inverse du carré des distances, la longueur du chemin parcouru sur deux arcs de cercle, du même nombre de degré, augmente en raison directe du carré de leurs rayons ; il en résulte que la vitesse des déplacements de l'utricule d'une part, et des canaux semi-circulaires d'autre part, au cours d'une même giration, varie dans les mêmes proportions. Celles des deux régions qui est la plus rapprochée de l'axe du mouvement, subit de ce fait une influence plus faible que celle qui s'exerce sur la région qui en est la plus éloignée, puisque la vitesse et la force centrifuges y sont moindres.

Quelle que soit l'idée que l'on se fasse du mécanisme par lequel les mouvements du liquide labyrinthique exercent leur action sur les crêtes nerveuses, pourvu que l'on admette que les canaux semi-circulaires et l'utricule contribuent simultanément

à cette action, on doit s'attendre à ce que la discordance des vitesses de ces deux régions, dans les girations de rayons courts, entraîne le flou de leurs images, alors que leur concordance, dans les mouvements rectilignes ou de grand rayon, entraîne au contraire la netteté des images correspondantes.

Dès lors, pour le labyrinthe giratif comme pour le labyrinthe auditif, apparaît l'impossibilité de répondre avec la même sensibilité aux perceptions des girations de distances différentes, sans quelque moyen correcteur approprié; les inégalités de longueur des rayons des mouvements giratoires jouent ici le même rôle que les inégalités des distances pour le sens de l'audition.

De là la nécessité d'un mécanisme capable d'accorder l'appareil utricule-canaux semi-circulaires pour chaque giration de rayon d'une longueur donnée, et par le fait susceptible d'en exalter l'image en atténuant celle des girations simultanées de rayons différents, c'est-à-dire susceptible dès lors, de réaliser l'accommodation par mise au point, qui va permettre à la conscience de choisir, au milieu de girations simultanées multiples, celle qu'elle veut préciser et percevoir isolément.

Le problème se présente ainsi absolument sous le même aspect que pour le cristallin et que pour le tympan, mais il est encore plus difficile à résoudre que pour ce dernier, du moins avec les seules données de la physiologie classique du labyrinthe.

Pour expliquer l'action exercée par les déplacements du liquide labyrinthique sur les cullules nerveuses, qui plongent dans l'endolymphe leurs cils vibratiles, on invoque uniquement, les uns les variations de pression, créées dans les ampoules des canaux semi-circulaires par les courants liquidiens, les autres la traction exercée par ces courants sur les cils vibratiles des cellules nerveuses. Ni l'une ni l'autre de ces deux modalités d'action ne permet de concevoir comment pourrait être réalisée une accommodation, capable de rétablir entre les courants intérieurs de l'utricule et des canaux semi-circulaires la concordance troublée par les différences de vitesse auxquelles ils sont soumis par les girations de rayon court.

J'ai exposé, dans mes mémoires antérieurs, les multiples raisons qui m'ont amené au cours de mes recherches à rejeter, tout à la fois, aussi bien le rôle sensoriel des pressions que celui des tractions, pour leur substituer un mode d'action des courants tout différent, qui repose sur les *vibrations oscillatoires, imposées par ces courants au labyrinthe membraneux*. Les parois de ce dernier constituent en somme des membranes élastiques, tendues

sur leur contenu liquide intérieur, et jouissant d'une extrême mobilité, par le fait qu'elles ne sont adhérentes aux parois osseuses que sur une ligne étroitement limitée, alors que l'ensemble flotte librement dans le liquide périlymphatique. Elles présentent avec le liquide labyrinthique les mêmes rapports que le tympan avec l'air du conduit et de la caisse; de même que le tympan est mis en vibration par les ondes aériennes qui arrivent à son contact, le labyrinthe membraneux est mis en vibration par les courants liquidiens, provoqués eux-mêmes par les mouvements giratoires. Cils vibratiles des cellules nerveuses et parois membraneuses vibrent dès lors à l'unisson; les modalités multiples et variées de leurs oscillations seront à même de créer des perceptions infiniment plus complexes et plus subtiles que n'auraient pu le faire les simples variations d'une pression statique du liquide intérieur.

Si l'on veut admettre cette modalité d'action des courants liquidiens intra-labyrinthiques, il devient évident que la sensibilité du labyrinthe membraneux, qui joue en quelque sorte le rôle d'un *tympan giratif*, est conditionnée par les tensions auxquelles il est soumis; dès lors les variations de ces tensions, ici comme pour le tympan, sont à même de servir de base à des réglages d'accommodation.

La *tension uniforme* de l'utricule et des canaux accorde l'appareil pour les girations éloignées, c'est-à-dire rectilignes ou de grand rayon, alors qu'elle ne saurait convenir aux girations rapprochées, c'est-à-dire de rayon court.

Pour rétablir la netteté de l'image de ces dernières, troublée par discordance des vibrations de l'utricule et des canaux semi-circulaires, il suffit que l'inégalité de force des courants, leurs différences d'action sur les diverses parois vibrantes soient compensées par une inégalité proportionnelle de la tension de ces parois. Un mécanisme accommodateur peut répondre à ce *desideratum*; j'ai montré comment le muscle de l'étrier le réalise pour le tympan, en créant une tension différentielle des quadrants de la membrane. Il est infiniment probable qu'un muscle, encore inconnu, peut-être simplement la contractilité propre des parois du labyrinthe membraneux réalise de même une *tension différentielle des régions canaliculaires et vestibulaires*, exactement calculée dans chaque cas pour compenser les différences de longueur des rayons de leurs trajectoires. Dès lors la giration pour laquelle l'appareil sera ainsi accommodé fournira seule une image nette, alors que les girations de rayons différents exerceront sur les

canaux et l'estricule une action inégale, parce que non compensée, puisque la tension différentielle créée pour le mouvement mis au point, ne correspondra pas à leurs conditions particulières.

L'accommodation girative aux distances est d'une observation plus complexe et moins consciente que les deux similaires, visuelle et auditive; de ce fait il est difficile de se rendre compte des différences qui peuvent séparer les accommodations aux distances lointaines, moyennes ou rapprochées, mais il est infiniment vraisemblable que ces différences doivent obéir à la même loi générale que j'ai exposée plus haut : l'adaptation aux distances moyennes par l'état de tonus de l'appareil accommodateur, et l'intervention de ce dernier, à l'état de kinésie active, pour les distances rapprochées, et à l'état de kinésie négative, pour les distances lointaines.

Il resterait, pour compléter la connaissance de cette accommodation, à préciser la nature des moteurs, plexus vasculaires ou fibres musculaires, qui réalisent tantôt la tension générale uniforme de l'appareil utricule-canaux semi-circulaires, tantôt la tension différentielle des deux parties qui le composent; à préciser également les nerfs qui commandent l'une et l'autre de ces actions. Les connaissances anatomiques actuelles sont insuffisantes pour combler cette lacune, et on ne pourra y arriver que par une anatomie plus fouillée du labyrinthe; jusqu'ici je n'ai eu ni le temps ni les moyens de l'entreprendre, mais je ne désespère pas de pouvoir la réaliser un jour.

La découverte de l'existence d'une accommodation à la distance pour les deux sens de l'audition et de la giration, comparable dans but et dans ses effets, sinon dans son mécanisme physique, à l'accommodation visuelle correspondante, n'est pas la seule donnée nouvelle qui résulte de mes recherches sur la physiologie générale des appareils sensoriels, mais il m'a paru qu'elle pourrait gagner à être exposée sommairement et isolément, alors qu'elle n'avait encore été l'objet que de paragraphes séparés dans des études plus générales et plus développées.

---



## ÉPITHÉLIALISATION DE L'ANTRE MAXILLAIRE DANS LES ÉTATS INFECTIEUX CHRONIQUES DE CETTE CAVITÉ

Par **J. EASTMAN SHEEHAN** (*New-York*).

Chirurgien consultant et professeur à la Clinique  
Internationale de Chirurgie plastique de Londres.  
Professeur assistant de laryngologie  
à l'Ecole Médicale supérieure et Hôpital de New-York.

---

Mon intention est de présenter mes résultats opératoires portant sur 28 cas d'antrite maxillaire traités pendant ces quatre dernières années par le procédé de l'épithélialisation.

Comme les autres cavités accessoires du nez, l'antre maxillaire est susceptible de s'infecter; en réalité l'infection de cette cavité est même plus fréquente que celle des autres cavités accessoires. Quand l'infection de l'antre aboutit à la destruction de la muqueuse, nous pensons qu'après avoir procédé à l'ablation de la muqueuse dégénérée, on doit remplacer cette dernière par une membrane de structure similaire et de fonction correspondante afin d'éviter la production de tissu cicatriciel lequel présente une susceptibilité constante à l'infection.

Il est évident qu'aucune des régions voisines de l'antre ne peut fournir une quantité de muqueuse suffisante pour remplacer celle qui a été enlevée. Par conséquent après avoir utilisé autant que possible ce qui reste de muqueuse disponible, nous nous adressons à la peau, le seul élément structural présentant un épithélium similaire et nous appelons ce procédé opératoire « épithélialisation ».

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je dois dire un mot très bref ayant trait à la bibliographie ou plus exactement au manque de bibliographie. Le premier article qui a attiré mon attention, est un article intitulé : *Chirurgie plastique, son intérêt pour l'oto-laryngologiste*, par Ferris Smith (de Grand Rapids, Michigan-section de laryngologie de l'Association médicale américaine à la Nouvelle-Orléans avril 1920), où l'auteur rapporte

le résultat de 14 cas d'épithélialisation du sinus maxillaire. Le même auteur a rapporté dans un très intéressant travail (*Journal de la Société médicale de l'Etat de Michigan*, 22 avril 1922) son expérience étendue à 32 cas. Ces articles furent précédés seulement jusqu'à un certain degré par un rapport de Stratt, de Berlin, en 1889, ayant trait à sa tentative, infructueuse d'ailleurs, de trans-

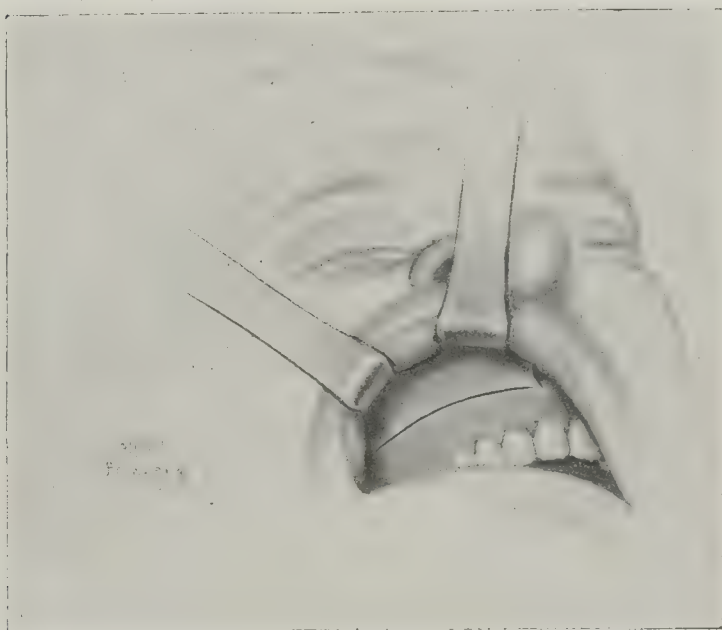


FIG. 1. — L'incision s'étend du frein labial à la 1<sup>re</sup> prémolaire.  
Elle est faite haute pour faciliter la suture ultérieure.

planter un greffon cutané dans la cavité maxillaire. Mon expérience personnelle porte maintenant sur 28 cas. Bien que le dernier total rapporté par Ferris Smith soit de 70, il est tout à fait remarquable de constater qu'un trait commun unit nos méthodes et nos conclusions, bien que chacun de nous ait travaillé dans une complète ignorance des méthodes de l'autre et dans des localités très éloignées l'une de l'autre.

Comme ce travail vise plutôt à exposer une méthode de traitement qu'un diagnostic, le résumé le plus bref suffira à indiquer le rôle des facteurs prédisposants causes de l'infection et de la symptomatologie. Des conditions anatomiques favorables telles

que des anomalies du cornet moyen, des déviations du septum nasal, en résumé toute condition qui peut causer un blocage partiel ou complet du passage de l'air constitue un facteur prédisposant. L'infection peut être communiquée au sinus par extension de l'infection de la muqueuse nasale ou par l'intermédiaire de la circulation, soit encore à travers les alvéoles dentaires à la période d'éruption des dents ou par le développement de kystes dentifères dans la cavité du sinus. Une nécrose alvéolaire locale, généralement d'origine dentaire, provenant d'une dent infectée, peut être regardée aussi comme une des causes de l'infection du sinus, laquelle peut être aussi le résultat d'un traumatisme ou d'une maladie chronique : tuberculose, syphilis, tumeur maligne et lèpre.

Les symptômes locaux ne sont pas toujours suffisamment évidents pour indiquer l'infection ; leur évidence est quelquefois révélée par de l'asthme, de la bronchite, de la bronchéctasie, du rhumatisme, d'une mauvaise digestion gastrique ou intestinale qui peut être accompagnée par une douleur sourde dans la région lombaire avec perte de connaissance très accentuée, comme on en observe au cours du diabète. Ce dernier état était dans un de mes cas le seul signe pathologique.

Parmi les signes locaux qui révèlent l'existence de l'affection, on trouve un écoulement unilatéral de caractère séreux, mucoïde, purulent avec ou sans odeur ; cacosmie, névralgie, douleur faciale, migraine et autres symptômes de caractères semblables. Une douleur siégeant sur l'antre maxillaire ne signifie pas nécessairement une suppuration chronique de cette cavité ; car elle peut provenir d'une périostite, d'une gomme, d'une tumeur ou traduire une manifestation aiguë d'une infection chronique réchauffée.

L'existence de la maladie ayant été découverte, ses progrès en sont marqués par des signes définis : la muqueuse devient hyperémiee, par suite hyperplasiée, avec des modifications œdémateuses de couleur grisâtre, tomenteuse, papillomateuse, mollement soutenue par l'os sous-jacent jusqu'à ce qu'une connection plus ferme s'établisse par la production de formations kystiques dues à la rétention. Par endroit les glandes et les vaisseaux peuvent s'atrophier ou se dilater, l'épithélium cilié en partie ou en totalité prend la forme pavimenteuse avec infiltration de cellules rondes. L'os peut être attaqué ; ce qui signifie une infection par un micro-organisme virulent, résultant de l'augmentation de la pression intrasinusale. De la nécrose et de l'atrophie osseuse

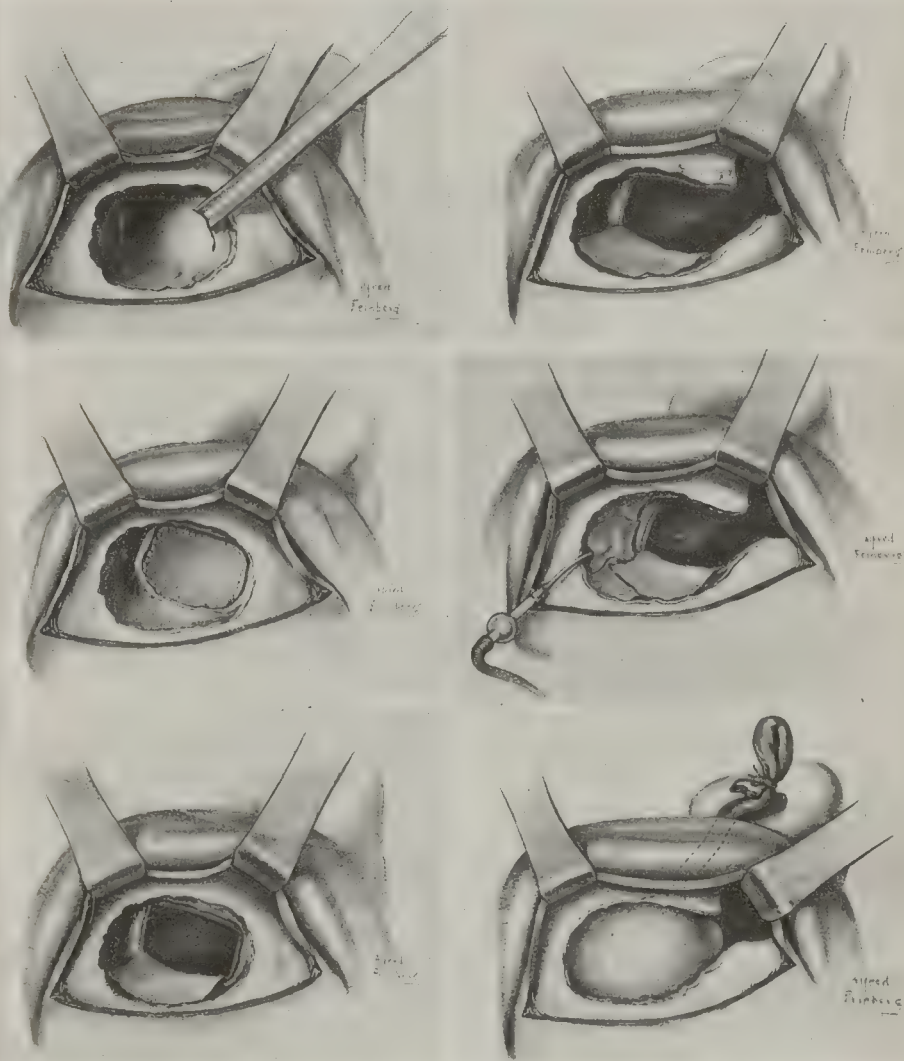


FIG. 2 à 7. — Les différents temps de « l'opération radicale ».

peuvent être également observées dans le tableau pathologique.

Le diagnostic est aidé par la transillumination introduite par Heryng. L'examen dentaire et la radiographie confirmeront à des degrés différents le diagnostic. La présence de pus est mise



en évidence par la ponction et le lavage de l'antre. Le pus est souvent fétide, fréquemment grumeleux ; mais même un état louche accusé suffira à ce moment à justifier le diagnostic d'empyème. L'usage d'un récipient noir en vulcanite pour recevoir le liquide de la ponction doit être conseillé car il facilite l'observation. Après que l'aiguille exploratrice sera retirée, l'antre sera exploré à l'aide d'un stylet pour déterminer la présence de polypes et de kystes ; quelquefois de la nécrose osseuse est ainsi découverte.

Il y a des cas chroniques qui peuvent être guéris par des lavages à travers la cloison intersinusale, suivis d'instillations de liquides modificateurs. Dans d'autres cas au contraire, comme par exemple ceux dans lesquels il y a un processus suppuratif actif intéressant la muqueuse entière, atteinte de dégénération polypoïde, l'irrigation, la ventilation et le traitement du sinus ne donnent aucune possibilité de guérison. Ce qui est dû principalement à ce que la muqueuse qui présente normalement une faible irrigation sanguine, voit son apport sanguin diminuer à mesure qu'elle devient malade.

Alors qu'un cas chronique de la classe précédente cédera au traitement, ce dernier sera manifestement impuissant quand il s'adressera à un cas de la deuxième catégorie lequel ne pourra être pronostiqué que par la façon dont il réagira au traitement. Dans tous les cas où il sera possible d'influencer l'affection par le traitement thérapeutique, ce dernier devra toujours être employé. En réalité chaque traitement devra être essayé avant d'avoir recours à une opération radicale.

En pareil cas mon habitude ainsi que l'a conseillé Dahmer, est de pratiquer une large ouverture dans la paroi nasale avec un lambeau de muqueuse retourné en dedans pour en prévenir la fermeture par des granulations. Le cornet inférieur est réséqué sur toute sa longueur afin de détruire tout contact entre lui et la paroi nasale ; la fonction de la narine ne s'en trouve pas d'ailleurs affectée. Le sinus est irrigué tous les deux jours à l'aide d'une solution de sulfate de magnésie à 3 %. Cette solution à l'avantage d'être à la fois antiseptique, peu irritante, analgésique et d'être un dissolvant des sécrétions. Les irrigations sont continuées tous les deux jours pendant cinq à six semaines et sont suivies d'instillation d'argyrol, silvol, collene, s'il y a une diminution accusée et progressive dans la quantité et dans la purulence de l'écoulement, le traitement est continué. Après la première semaine du sulfate de zinc est instillé dans le sinus,

tous les quatrième ou cinquième jours. Les résultats obtenus par ce genre de traitement sont parfois encourageants d'une façon surprenante.

Si ces méthodes ne peuvent donner une guérison dans l'espace de six à douze semaines, la raison en est due généralement à un

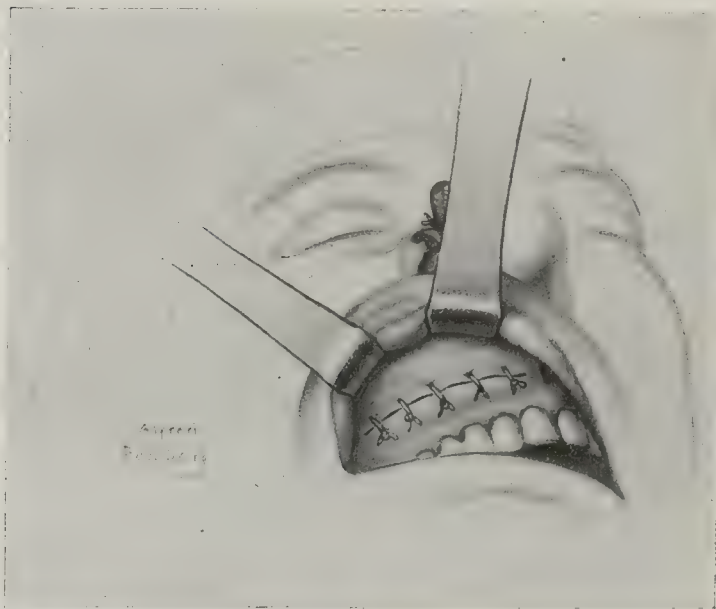


FIG. 8. — Sutures.

processus dégénératif excessif de la muqueuse et peut-être à une atteinte de l'os. Une opération radicale devient alors nécessaire et ceci nous conduit à décrire le procédé explorateur pour déterminer si cette opération doit être radicale ou ultra-radical.

Chaque tentative doit être faite avec douceur, le malade doit être tenu au chaud et parfaitement anesthésié afin de diminuer le shock. Il est important d'avoir une température de 75° Fahrenheit et des sacs d'eau chaude placés à proximité du malade. Si l'opération est soigneusement exécutée d'après le procédé que nous décrivons ci-après, elle demande pour être terminée sans aucune hâte de quarante à cinquante minutes.

La préparation du champ opératoire est importante, car une infection surajoutée peut sérieusement mettre en échec le succès de la greffe. Les téguments seront nettoyés au savon vert puis

avec de l'alcool et finalement avec de l'éther. Habituellement j'emploie un anesthésique local d'après la formule suivante :

Novocaïne. . . . .	15
Antipyrine . . . . .	0,32
Adrénaline chlorh. . . . .	26
(1.1000)	
Eau distillée. . . . .	30

Un ballon rétro-nasal est placé dans le nez et gonflé ce qui constitue une amélioration sur l'emploi du tampon de gaze. Après que les parties molles sont entièrement anesthésiées, une incision

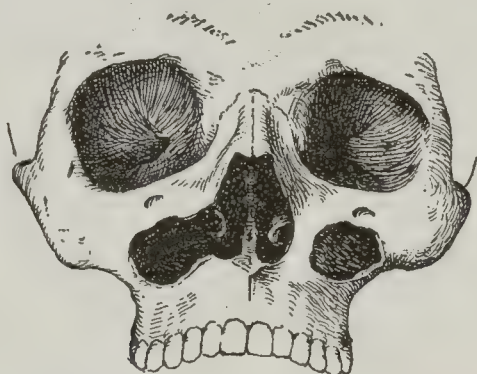


FIG. 9 — Les opérations terminées sur le squelette : l'ultra-radical à droite la radicale à gauche.

est faite en un point un peu à droite ou à gauche du frein de la lèvre jusqu'à la deuxième prémolaire ; on fait attention de ne pas commencer trop au-dessus des gencives à cause de la rétraction de la muqueuse si l'on veut éviter plus tard d'avoir de la difficulté à rapprocher les lèvres de la plaie. Le périoste est franchement récliné en haut par un écarteur en faisant attention de ne pas trop le mutiler. La paroi antérieure du sinus est ouverte rapidement avec une petite gouge et les esquilles osseuses enlevées. Un tube à succion de Coffin est immédiatement placé dans la cavité pour en chasser le sang, les sécrétions et les débris donnant ainsi immédiatement un champ opératoire propre. L'ouverture maxillaire est alors franchement élargie dans toutes les directions en faisant attention de ne pas blesser le nerf sous-

orbitaire, ce qui évitera au malade des semaines de douleurs inutiles. Après avoir entièrement régularisé les bords de l'ouverture osseuse, on libère de leurs attaches les parties molles de la narine et on découvre l'ouverture pyriforme. Le sinus est soigneusement examiné en se servant du stylet pour se rendre compte de l'extension de l'infection et pour déterminer si une opération ultra radicale ou une opération radicale est nécessaire. Si l'infection s'est étendue à l'angle antéro-supérieur du sinus, la jonction des parois nasale et maxillaire doit être enlevée, cette ablation étant effectuée grâce à l'opération ultra-radical.

Si l'on s'adresse à l'opération radicale, les temps préliminaires après l'exploration et la préparation du procédé déjà décrit sont les mêmes que ceux du Caldwell-Luc. Si on doit exécuter l'opération ultra-radical, on décolle la muqueuse qui tapisse la paroi nasale et le plancher de la narine puis on enlève l'angle formé par la jonction des parois antérieure et nasale ainsi que toute la paroi nasale du maxillaire, on établit de ce fait une ouverture commune entre le nez et le sinus et on découvre ainsi l'angle antéro-supérieur du sinus. La cavité est alors libérée de tous ses débris muqueux malades à l'aide de la curette autour de laquelle on a enroulé une lanière de gaze. Nous ne nous servons jamais de la curette nue à cause de la possibilité de blesser l'os, ce qui aurait pour résultat de déterminer un danger d'infection après que la greffe aura été placée sur la surface qui vient d'être mise ainsi à découvert. La cavité est alors remplie avec de la gaze imprégnée d'adrénaline afin d'obtenir un champ opératoire sec. Une incision suivant les trois côtés d'un rectangle est faite dans la muqueuse nasale laquelle est retournée sur le plancher de l'antre pour servir de doublure.

Le procédé qui suit, est commun à l'opération ultra-radical et à l'opération radicale. Il consiste dans la mise en place de la greffe d'Ollier-Thiersch.

La greffe est coupée de préférence au niveau de la face interne de la cuisse, couche papillaire incluse. Si la section est nettement exécutée, elle ne s'accompagne que d'une hémorragie punctiforme (Davis). La greffe est placée sur une lame métallique, régulièrement étalée avec sa surface cruentée au-dessus. Elle est alors couverte avec de la gaze trempée dans une solution salée physiologique jusqu'à sa mise en place. Plusieurs petites greffes sont placées sur les parois osseuses de l'antre où on les fait adhérer à l'aide du cathéter de Ballance. De plus une pression ferme de la région ainsi greffée est assurée par la mise en place d'un



petit ballon prolongé par un cathéter à travers le nez et que l'on gonfle jusqu'à ce qu'on obtienne le degré de tension désiré. La plaie externe est fermée par une suture aux crins et recouverte de teinture de benjoin.

Après le quatrième jour le ballon est dégonflé et enlevé du nez. Le sinus est irrigué avec une solution à 5 % de sulfate de magnésie et séché avec de l'air jusqu'à ce que la desquamation soit complète. L'inspection de la cavité fait constater une surface

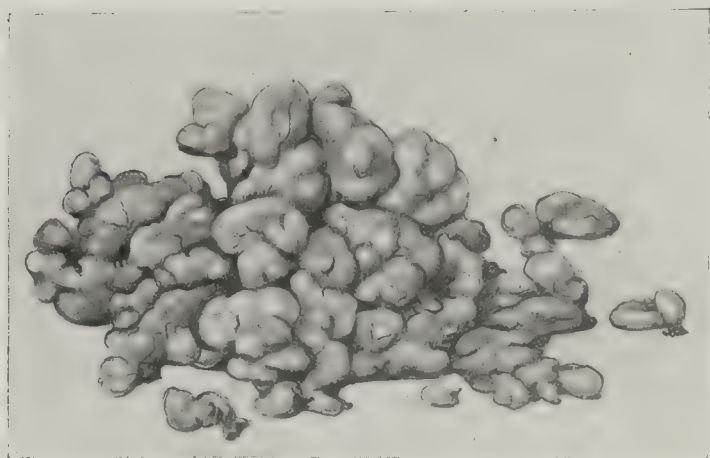


FIG. 10. — Enorme masse, enlevée du sinus maxillaire chez un malade opéré plusieurs fois déjà en 3 ans. Après l'opération ultra-radical et l'épilhélisation de l'os, la guérison survint en 15 jours.

blanche, même lisse. L'élévation de température excède rarement un degré.

Au début je me servais de lanières de gaze et plus tard de tampons de coton imbibés de solution de Dakin pour exercer une pression sur la greffe. J'ai depuis abandonné cette pratique, car la réaction dans beaucoup de cas fut tout à fait sévère et le succès de la greffe compromis.

Sur mes 28 cas, 21 me donnèrent un succès immédiat et une guérison dans les dix à trente-cinq jours. Les cas malheureux demandèrent cinq semaines et demie à quatre mois pour cicatriser. Un cas présenta une forme persistante d'ostéite, laquelle mit trois mois à disparaître. Dans un autre une névralgie sous-orbitaire sévère, fit souffrir le malade pendant quatre semaines.

J'attribue l'assez grande proportion d'insuccès à une mauvaise technique que depuis j'ai corrigée et améliorée. L'usage du ballon a contribué à donner une grande sécurité et de meilleurs résultats.

**Conclusions.** — 1° La muqueuse est remplacée par de la peau qui assume jusqu'à un certain point la fonction de la muqueuse ; elle arrive même après une période de quelques semaines à changer sa coloration en une nouvelle couleur rose pâle.

2° La formation de tissu cicatriciel est empêchée.

3° Des semaines et des mois de lavages sont rendus inutiles.

4° Comme la cavité n'est pas remplie de gaze, le traitement post-opératoire est court et indolore ; il ne s'accompagne que d'une très minime réaction locale et générale.

5° Le malade récupère sa santé plus rapidement.

Comme nous sommes encore dans le domaine du travail expérimental, notre conviction est que les résultats obtenus sont des plus encourageants. En terminant ce résumé de mes expériences personnelles sur la chirurgie et l'épithélialisation du récessus maxillaire, je désire espérer qu'une juste et substantielle critique fera progresser les méthodes que je viens de décrire jusqu'à un degré où le succès complet couronnera, chaque fois qu'elles seront employées, le pronostic habituel.

*Traduit par J. SOUCHET.*

---

## DE LA PONCTION ASPIRATRICE DU TYMPAN DANS LE DIAGNOSTIC DE L'OTITE DU NOURRISSON

Par Robert **RENDU** (Lyon) (1).

---

(Mémoire reçu le 3 novembre 1923).

---

L'otite moyenne purulente est d'une extrême fréquence chez les nourrissons, puisque 80 à 95 % d'entre eux présentent à l'autopsie une oto-antrite purulente double qui ne se manifeste pendant la vie par aucun écoulement d'oreilles.

Pourquoi cette otite est-elle si souvent méconnue ? Parce que :

- 1° le nourrisson est incapable d'indiquer le siège de sa douleur ;
- 2° la perforation spontanée du tympan est chez lui exceptionnelle tandis qu'elle est de règle dans l'otite suppurée de l'adulte abandonnée à elle-même. Il est rare, en effet, de voir une oreille de nourrisson couler spontanément ; c'est tout au plus, si, au cours de la première année de la vie, 5 % des otites aboutissent à la perforation tympanique. La trompe d'Eustache du nourrisson, courte et de gros calibre, constitue une soupape de sûreté qui fonctionne dès que la pression augmente dans la caisse. Il en résulte, comme nous le disions dans un précédent travail (2), que l'otite du nourrisson est presque toujours une otite chronique d'emblée, un véritable abcès fistulisé dans le tube digestif ;
- 3° les signes otoscopiques de l'otite du nourrisson sont très infidèles : tantôt on observe de la rougeur et du bombement comme chez l'adulte, tantôt, bien plus fréquemment, on ne note qu'un peu d'hyperémie, sans voussure, ou même simplement une teinte jaune paille, livide, du tympan. Or, comme la simple introduction du spécu-

1. Communication au X<sup>e</sup> Congrès romain d'Oto-Rhino-Laryngologie. Bucarest octobre 1923.

2. Robert Rendu. Otite moyenne purulente latente du nourrisson, X<sup>e</sup> Congrès international d'Otologie, Paris, juillet 1922. *Annales des maladies de l'oreille*, avril 1923.

lum et, à plus forte raison, la toilette du conduit à la seringue ou au porte-coton, peuvent à elles seules faire apparaître de la rougeur de la membrane, on conçoit que l'examen tympanique, d'ailleurs difficile en raison des mouvements de l'enfant et de l'exiguité du conduit auditif externe, ne soit pas ici d'un grand secours. Aussi la paracentèse a-t-elle constitué pendant longtemps le seul procédé de diagnostic.

*Inconvénients de la paracentèse.* — On peut lui faire certains reproches :

1° Elle est parfois refusée par certaines familles timorées qui s'imaginent que l'ouverture du tympan est synonyme de perte définitive de l'audition ;

2° On peut, avec plus de vraisemblance, accuser une paracentèse négative d'être une cause possible d'infection de l'oreille moyenne ;

3° Tous ceux qui ont autopsié un certain nombre de nourrissons atteints d'otite latente, savent que le pus est souvent très épais et que l'on a parfois de la difficulté à l'aspirer avec une pipette de verre. Il ne sera donc pas étonnant que ce pus ait de la peine, sans aspiration, à se frayer un passage à travers la mince fente de la paracentèse :

4° Même si le pus est fluide, l'écoulement de sang qui suit immédiatement la paracentèse empêche souvent de constater le résultat de celle-ci. Une mèche introduite à ce moment dans le conduit ramènera un liquide sanguinolent dans lequel la famille se refusera à reconnaître du pus, et quand, au bout de douze ou vingt-quatre heures, on retirera une mèche vraiment imbibée de pus l'auriste sera parfois accusé *in petto* d'avoir « infecté » l'oreille de l'enfant par sa paracentèse.

5° Enfin, si l'on peut pratiquer un examen bactériologique du pus de la caisse, son prélèvement dans le conduit après paracentèse ne présente pas de garantie suffisante d'asepsie.

*Avantages de la ponction.* — La ponction aspiratrice du tympan présente sur la paracentèse au point de vue diagnostique, de nombreux avantages. Une simple piqûre sera mieux acceptée, par la famille qu'une incision du tympan. Elle exposera moins à une infection de l'oreille moyenne si celle-ci est trouvée indemne. Elle viendra à bout, grâce à l'aspiration, des pus les plus épais et les plus visqueux. Elle rendra possible des prélèvements aseptiques dans la caisse elle-même ; enfin et surtout, elle permettra de montrer, à la famille ou au médecin, traitant, le corps du délit, sous la forme d'une gouttelette de pus, ce qui fera



accepter plus facilement et plus précocement la paracentèse dans certains milieux timorés.

*Instrumentation.* — Au cours de recherches effectués en 1911 avec M. Chatin (1), nous avons pensé faire cette ponction avec des pipettes de verre à bout très effilé, mais leur grande fragilité, jointe à la difficulté d'immobilisation du nourrisson, nous firent abandonner cette idée. Nous nous contentâmes de l'appliquer sur le cadavre où ce procédé nous rendit de grands services dans les cas où la famille de l'enfant s'opposait à l'autopsie. C'est à M. Maurice Renaud (2), de Paris, que l'on doit d'avoir, dès 1921, préconisé la ponction aspiratrice du tympan dans l'otite du nourrisson. Il utilisait, sous le contrôle du miroir frontal, une simple seringue de Pravaz munie d'une aiguille de 5/10° de millimètre de diamètre. Nous avons perfectionné ce procédé en nous servant d'une aiguille (à biseau court de préférence), coudée à angle obtus et montée sur une seringue à 3 anneaux. Nous utilisons dans ce but la seringue métallique de Gibert pour résection sous-muqueuse de la cloison. Ce dispositif permet de faire l'aspiration d'une main pendant que l'autre maintient le spéculum en place ; avec la seringue de Pravaz au contraire, les deux mains sont nécessaires pour manœuvrer le piston, sans compter que le corps de la seringue gêne le champ visuel.

*TECHNIQUE.* — La plus grande difficulté consiste à bien immobiliser le nourrisson, ce qui exige souvent un développement de force considérable, la tête de celui-ci glissant dans les doigts. Le plus pratique serait évidemment d'avoir une ceinture métallique ovale rembourrée, s'adaptant au crâne du nourrisson et munie, en avant et en arrière, d'un petit manche. Nous nous en sommes passé jusqu'à maintenant, nous contentant de l'immobilisation manuelle. Pour ne pas avoir la main droite gênée par l'épaule de l'enfant, nous le faisons coucher sur une table, la tête soulevée par un oreiller et nous nous plaçons du côté de sa nuque. Après nous être assurés que la seringue aspire normalement, nous introduisons sous un fin speculum dans le conduit auditif, nettoyé préalablement au porte-coton ou à la seringue. Nous cherchons alors les points de repère tympaniques et enfonçons l'aiguille de 2 à 3 millimètres dans le tympan, soit au niveau de la voussure

1. Chatin et Robert Rendu. Fréquence et gravité des otites latentes chez le nourrisson (d'après 19 observations). *Journal de médecine de Lyon*, 5 décembre 1922.

2. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* 1921, n° 28, 29 et 30.

s'il en présente une, soit au niveau de quadrant postéro-supérieur. Il peut arriver, en raison de la grande obliquité du tympan du nourrisson, que l'extrémité inférieure du mur de la logette, soit prise pour la partie supérieure du tympan; la résistance osseuse rencontrée avertira immédiatement qu'on s'est trompé. On reponctionnera plus bas. Rappelons à ce propos que le tympan du nourrisson sera plus accessible en général aux regards si l'on prend soin, avec le speculum et un doigt appliqué au-devant du tragus *de refouler le conduit auditif en avant et en bas*. Dès que l'on sent la résistance tympanique vaincue par l'aiguille, on commence l'aspiration. Le pus est parfois si visqueux et si épais qu'il bloque immédiatement l'aiguille et ne permet de retirer qu'une quantité minime de liquide. Un millimètre cube d'ailleurs est largement suffisant pour s'assurer qu'il y a du pus et permettre un examen histologique et bactériologique. Si une première ponction est négative et qu'on ait encore des doutes, on peut en faire une seconde à côté (1).

CONCLUSION. — La ponction aspiratrice du tympan se pratique sous le contrôle du miroir de Clar avec une seringue à anneau munie d'une aiguille coudée. Elle rend de grands services dans le diagnostic de l'otite du nourrisson où la perforation tympanique spontanée est très rare, où les signes subjectifs font défaut et où les symptômes otoscopiques sont très infidèles. Elle présente sur la paracentèse de nombreux avantages dont les principaux sont de moins exposer l'oreille moyenne à l'infection, de prouver d'une façon immédiate et indiscutable la présence du pus dans la caisse et de permettre des prélèvements aseptiques directs. Une fois le diagnostic confirmé, la ponction cèdera la place à la paracentèse, la première étant à la seconde ce que la ponction pleurale est à l'opération de l'empyème. Ce procédé doit devenir d'un usage courant dans les services de nourrissons, où il sera indiqué toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un syndrome infectieux de cause mal déterminée accompagné ou non de symptômes bronchitiques, gastro-intestinaux ou convulsifs.

1. Certains auteurs (entre autres M. Le Mée, L'otite latente, l'otite méconnue chez le nourrisson et dans la première enfance, 10<sup>e</sup> Congrès international d'Otologie Paris 1922. *Annales des Maladies de l'oreille* avril 1923) prétendent que la ponction risque d'infecter une caisse saine en y attirant du muco-pus tubaire ou rhino-pharyngé. Nous répondrons que l'aspiration ne pouvant se transmettre que par l'intermédiaire de la masse aérienne de la caisse, la légère pression négative ainsi réalisée ne doit pas avoir pour effet de faire pénétrer du muco-pus du cavum jusque dans la caisse, mais bien plutôt de faire arriver l'air du conduit auditif dans la caisse par l'interstice virtuel qui entoure l'aiguille dans sa traversée du tympan.

A PROPOS DES MASTOIDITES  
POSTÉRO-SUPÉRIEURES ET POSTÉRO-INFÉRIEURES;  
LA CELLULITE POSTÉRO-SUPÉRIEURE,  
L'ABCÈS DIT DE CITELLI

Par le Professeur CITELLI (Catane).

---

(Mémoire reçu le 23 novembre 1923).

---

Mouret et Seigneurin, ont écrit dans les *Annales des Maladies de l'oreille* (1922), deux articles qui m'ont incité à publier celui-ci.

Ces auteurs, à la suite d'un travail publié par Moure en mars 1918 (*Revue de Laryngologie*) sur les « Mastoïdites postérieures » où il englobait sous cette dénomination tout ce qui concerne non seulement la partie postérieure de la mastoïde, mais aussi sa partie inférieure, ces auteurs, dis-je, cherchent à démontrer que, tant au point de vue embryologique et anatomique qu'au point de vue clinique, cette dénomination de mastoïdites postérieures suivant la conception de Moure, n'est pas justifiée, parce que, disent-ils, *la mastoïdite forme vraiment un bloc indivisible* (*l. c.*, p. 20). Cependant, après avoir affirmé cela, les auteurs croient légitime d'admettre la mastoïdite postérieure (*l. c.*, p. 655), mais avec des caractères différents de ceux décrits par Moure. Ils la divisent même en mastoïdites postéro-supérieures et mastoïdites postéro-inférieures, pour « deux ordres de faits cliniques expliqués eux-mêmes par des dispositions anatomiques. »

Ces faits cliniques seraient les suivants : la mastoïdite postéro-supérieure qui s'extériorise à la face externe de la mastoïde s'annonce par un gonflement local de la région postéro-supérieure de la mastoïde, c'est-à-dire loin du sillon rétro-auriculaire, ne soulevant pas le pavillon de l'oreille. Le gonflement n'a aucune tendance à s'étendre secondairement en bas. La douleur à la pression est maxima au niveau de la région postéro-supérieure de la mastoïde. Dans la mastoïdite postéro-inférieure qui

s'extériorise à la face externe de la mastoïdite, le gonflement occupe la région postérieure et inférieure de cette face externe, loin du sillon rétro-auriculaire. Il tend à s'étendre secondairement en bas, vers le cou. La douleur à la pression est maxima au niveau de la région postéro-inférieure de la face externe de la mastoïdite.

Anatomiquement la région postéro-supérieure est au-dessus et en avant de la partie postérieure de l'insertion mastoïdienne des muscles sterno-cleido-mastoïdien et splénus. La région postéro-inférieure au contraire est limitée en haut et en avant par l'angle que forment le sterno-cleido-mastoïdien et le splénus en s'insérant sur la mastoïde.

Ceci dit, Mouret et Seigneurin, dans leur premier travail (*l. c.* p. 16-49), cherchent à justifier la création du groupe des mastoïdites postéro-supérieures, par des considérations anatomiques et des cas cliniques (personnels et empruntés à d'autres auteurs).

En outre, suivant les phases et aussi la façon dont les mastoïdites postéro-supérieures se manifestent, les auteurs distinguent : 1° les cas débutants, où il n'y a pas extériorisation du processus ; 2° les cas extériorisés à l'extérieur, sous les téguments ; 3° les cas extériorisés à l'intérieur, c'est-à-dire à manifestations endocraniennes ; 4° les cas extériorisés aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur. Ils subdivisent encore le deuxième sous-groupe en deux modalités, le troisième en trois, dont la dernière subdivision, suivant la complication endocranienne est encore subdivisée en cinq modalités.

Dans les formes débutantes, c'est-à-dire sans extériorisation du processus ; le seul symptôme capable de faire diagnostiquer la mastoïdite postéro-supérieure, serait la douleur à la pression, au début simplement postéro-supérieure (*v. l. c.*, p. 26 et p. 655).

Dans les mastoïdites extériorisées (sous-groupe n° 2) s'ajoute la douleur spontanée, et de plus apparaît une légère tuméfaction postéro-supérieure, éloignée du pavillon, avec tendance à diffuser en haut et en avant (au niveau de la suture petro-squameuse). Dans ce cas il y a tuméfaction de la base de la mastoïde et de la région temporale. A la tuméfaction peut faire suite l'abcès externe avec ou sans fistule osseuse. Dans les formes endocraniennes (3° sous-groupe), outre le point douloureux à la pression postéro-supérieure, il y aurait au début céphalée gravative à forme héli-cranienne, et fièvre légère.



Donc suivant la conception de Mouret et Seigneurin, par mastoïdites postéro-supérieures, on doit entendre, non les infections localisées à l'angle postéro-supérieur de la mastoïde, mais celles qui prédominent au quadrant postéro-supérieur, c'est-à-dire dans la moitié supérieure du secteur postérieur de la mastoïde. Et par mastoïdites postéro-inférieures, on doit entendre les infections localisées d'une façon prédominante dans le quadrant postéro-inférieur de la mastoïde, et non pas seulement celles de l'angle lui-même. Par conséquent l'infection de la zone centrale de la moitié postérieure de la mastoïde doit faire partie, pour la partie supérieure, des mastoïdites postéro-supérieures, et pour la partie inférieure des mastoïdites postéro-inférieures.

Et maintenant, sans m'arrêter à l'opportunité et à la valeur pratique de toutes ces divisions et subdivisions en groupes et sous-groupes, dont quelques-unes sont d'ailleurs purement artistiques, que disent les cas cliniques (en tout 14) recueillis par les auteurs en question ?

Tout d'abord, au sujet des cas cliniques publiés par d'autres auteurs, et recueillis par Mouret et Seigneurin, il faut remarquer la facilité avec laquelle ces derniers les interprètent différemment et en changeant l'étiquette. Il en sera de même au sujet des mastoïdites postéro-inférieures. Il me semble que cette facilité, avec laquelle les auteurs changent, après jugement souvent sommaire, le diagnostic de nombreux cas observés et publiés par d'autres auteurs également autorisés, est pour le moins inopportune. Celui qui observe un cas, l'opère et l'étudie, est mieux placé pour le juger que celui qui en prend connaissance par de brèves descriptions publiées dans les revues. Ceci est encore plus vrai dans le cas d'observations traduites de langues étrangères.

Rappelons maintenant assez brièvement les faits principaux des 14 cas rapportés par Mouret et Seigneurin.

PREMIER CAS. — Dans le premier cas, personnel à Mouret, outre la douleur plus vive à la pression de l'angle postéro-supérieur de la mastoïde, il y avait aussi douleurs antrale et sous-antrale. Le pus était dans l'antra, sous l'antra, et jusqu'à la pointe. Distant et séparé de cette zone infectée, il y avait un nid de cellules postéro-supérieures malades.

2<sup>e</sup> CAS (Mouret). Enfant de 12 ans, avec tuméfaction de la base de la mastoïde et de la région temporo-zygomatique. Tissus sous-cutanés un peu lardacés, surtout à la partie supérieure de la mastoïde. L'infection s'était fait jour à l'extérieur à travers

l'extrémité supérieure de la suture pétro-squameuse. A l'intervention on trouva les cellules des zones sous antrale, apicale, sinusienne et cérébelleuse pleines de pus. En outre une grosse cellule postéro-supérieure infectée, était séparée de l'antra par un demi-centimètre d'os compact.

3<sup>e</sup> CAS (de H usstington Richard). Fut décrit en 1888 par l'auteur d'une façon peu satisfaisante et ne semble pas devoir être interprété, dans le sens voulu par Mouret et Seigneurin ; par contre on peut très bien voir dans cette lésion un abcès péri-sinusal du sinus latéral.

4<sup>e</sup> CAS (de Toubert). Jeune homme de 22 ans, qui présente la tuméfaction classique de l'abcès rétro-auriculaire. L'abcès ouvert, on trouva dans la partie externe de l'os, et recouvert par des fongosités, un foyer d'ostéite diploïque (sans cellules) situé à 3 centimètres en arrière et 2 centimètres au-dessus du bord postérieur et supérieur du méat auditif. Etant donné le siège établi par Toubert, l'existence d'un foyer très limité d'ostéite externe, recouvert de granulations et sans mastoïdite, plaide en faveur d'ostéite superficielle, suite d'abcès sous-périosté. Toutefois Mouret et Seigneurin classent cette observation parmi les cas de mastoïdites postéro-supérieures et pour cela, ils supposent (sans aucune justification) qu'une des mesures données par Toubert pour indiquer le siège de la lésion osseuse, est erronée.

5<sup>e</sup> CAS (de Mouret). Il existait un abcès rétro-auriculaire qui fut incisé la 1<sup>re</sup> fois en août et la 2<sup>e</sup> fois trois mois après. A l'opération on trouva au voisinage de l'angle de la suture squamo-mastoïdo-pariétale, une perforation osseuse de 3 millimètres de diamètre. Agrandissant la perforation on tombe sur une cavité érodée de 1 centimètre de diamètre ; le fond de cette cavité est constitué par la dure-mère. Cette cavité ne donne pas l'impression d'une cavité cellulaire. En se dirigeant vers la région antrale, on ne trouve pas de cellules, mais seulement du tissu spongieux congestionné, ramolli. La cavité antrale est fongueuse, saignante ; dans la région sous-antrale on découvre des cellules à muqueuse gonflée.

Ce cas, comme le précédent, prête à discussion. En effet, l'on ne peut parler de mastoïdite postéro-supérieure, lorsque l'on trouve un antra fongueux, outre la zone osseuse nécrotique correspondant à l'angle postéro-supérieur.

6<sup>e</sup> CAS. Publié en juillet 1901 par Stanculeanu et Depoutre, qui trouvèrent chez leur malade du pus dans l'antra et dans une grosse cellule située à la partie postéro-supérieure de la mas-

toïde. Ces auteurs intitulèrent leur article : « De la mort dans les mastoïdites par suppuration de cellules mastoïdiennes aberrantes ». Par contre Mouret et Seigneurin étiquettent cette observation « mastoïdite postéro-supérieure » bien que du pus ait été trouvé dans l'antre.

7° CAS. Publié par Moure et Lafarelle en janvier 1901. Il s'agissait de mastoïdite diffuse, avec vaste cellule suppurée, située à la limite postéro-supérieure de la mastoïde et séparée de l'évidement opératoire par un demi-centimètre de tissu osseux sain. C'est pour cette raison que cette cellule ne fût pas ouverte au cours de la mastoïdotomie et entraîna la mort du malade par méningite.

8° CAS. Il est de Bourgeois et rapporté par Stanculeanu et Depoutre dans leur travail d'octobre 1901. La mastoïde était douloureuse à la pression surtout dans la région postéro-supérieure. A l'opération, on tombe sur une apophyse pneumatique pleine de pus, qui est ouverte jusqu'à la pointe. Après cette première intervention, l'état général étant stationnaire, et la brèche opératoire suppurant encore, on fait une deuxième intervention et l'on trouve au niveau de l'angle postéro-supérieur de la mastoïde une vaste cellule, grosse comme une demi-noisette, pleine de pus.

9° CAS. Publié en 1903 par De Stella. Région mastoïdienne gonflée et douloureuse à la pression; point très douloureux à la limite de l'occipital avec le temporal. On fait une opération radicale et vers la limite extrême de l'écaille du temporal on trouve un point de la table osseuse externe malade et une vaste cellule remplie de pus avec abcès extra-dural.

10° CAS (Mouret). Gonflement de la zone postéro-supérieure de la mastoïde, gonflement qui s'étend légèrement en bas, mais remonte surtout vers l'écaille temporale. Il est douloureux à la pression. A l'opération on trouve une pan-mastoïdite à type fongueux, avec 2 fistules externes, une large postéro-supérieure et l'autre petite antéro-supérieure, derrière l'épine de Henlé. Au niveau de la fistule postéro-supérieure on découvre des restes de cloisons cellulaires. Il existe un trajet fistuleux qui relie la cavité fongueuse postéro-supérieure à l'antre. On trouve des lésions dans la partie inférieure de la squame, sous l'antre, à l'apex, dans la mastoïde postérieure, avec fongosités de la paroi externe du sinus latéral. Comment peut-on appeler ce cas une mastoïdite postéro-supérieure ?

11° CAS (Rozier). Otite moyenne aiguë avec gonflement un peu

plus loin que le sillon rétro-auriculaire, vers l'écaille du temporal. On incise au niveau de ce gonflement. La suppuration tympanique guérit; cependant en explorant la plaie on découvre une fistule osseuse. A l'opération on trouve un antre normal, mais une vaste cellule mastoïdienne postéro-supérieure pleine de pus, fistulisée à l'intérieur où elle forme un abcès extra-dural, et à l'extérieur où elle forme un abcès superficiel.

13<sup>e</sup> CAS (Taptas). Léger œdème mastoïdien diffus, avec douleurs mastoïdiennes. A l'opération on trouva très peu de pus sous la peau, un antre sain, une apophyse éburnée, un point d'os nécrosé vers le bord postérieur de l'apophyse qui, enlevé à la curette, laisse la dure-mère à nu. En élargissant le point dénudé de la dure-mère, jaillit un flot de pus venant d'entre le sinus latéral et l'os. Le sinus est dégagé, il est couvert de fongosités noires. Ceci est le résumé du cas publié par Taptas en 1900. Toutefois Mouret et Seigneurin, sans aucune justification, pensent que l'os nécrosé occupait la région postéro-supérieure de la mastoïde et que c'est au niveau du coude qu'a été découvert l'abcès extra-dural.

13<sup>e</sup> CAS (Moreaux). Tuméfaction volumineuse et fluctuante s'étendant à toute la bosse pariétale gauche et jusqu'au pavillon de l'oreille en avant, avec décollement de ce pavillon. Le tympan est normal. Trépanation mastoïdienne: antre rempli de pus, toutes les cellules mastoïdiennes contiennent du pus, le sinus latéral est normal, on ne trouve pas de pus dans son voisinage. Pas de trajet fistuleux pouvant expliquer une fusée vers la région pariétale. La voie transmastoïdienne est abandonnée, on aborde la tuméfaction pariétale par une incision directe. Du pus s'écoule et l'on découvre une fistule osseuse allant à la dure-mère.

2<sup>e</sup> intervention. — Incision verticale au niveau de l'angle postéro-inférieur du pariétal, petite fistule osseuse répondant exactement au bord supérieur de la portion mastoïdienne du temporal au niveau de son angle rentrant et à quelques millimètres en avant de la suture lambdoïde. On resèque une portion de paroi crânienne sur une largeur d'une pièce de 5 francs; du pus s'écoule, semble-t-il de la partie supérieure de la cavité crânienne. On continue à réséquer la paroi crânienne vers la bosse pariétale. On rencontre partout du pus et des amas fongueux sur la dure-mère. Enfin à 1 centimètre au-dessus de la fistule entre les lignes courbes temporale supérieure et inférieure, on arrive au foyer de suppuration qui répond approximativement à la première circonvolution temporale. La résection terminée, Moreaux cherche au stylet



le trajet possible vers la mastoïde, mais en vain. Dans ce cas il s'agissait évidemment d'une pan-mastoïdite aiguë, commune, avec vaste abcès extradural de la fosse cérébrale moyenne, développé peut-être par voie lymphatique et ouvert spontanément à l'extérieur au niveau de la suture temporo-pariétale. C'est l'explication que donne Moreaux. Cependant Mouret et Seigneurin, après avoir mis en doute l'existence du décollement du pavillon de l'oreille observé par Moreaux, classent ce cas dans les mastoïdites postéro-supérieures.

14° CAS (Mouret) Otite moyenne aiguë, avec douleur à la pression supéro-postérieure de la mastoïde. A l'intervention on trouve : peu de pus dans l'antre ; zone sous-antrale et apicale congestionnée avec cellule contenant un liquide séro-purulent. Dans l'angle de suture mastoïdo-occipito-pariétale, on trouve une fistule osseuse large d'un demi-centimètre. La corticale interne est détruite, le pus sort sous pression avec battements isochrones au pouls. Les bords de la fistule sont agrandis, le sinus est mis à découvert jusqu'au delà du coude. Toute la portion terminale du sinus transverse et son coude sont recouverts de fongosités adhérentes. En avant du coude, les fongosités se prolongent sur la dure-mère cérébelleuse, sous la face profonde du rocher. Au niveau de la fistule on ne trouve pas de cellules, mais en avant d'elle dans la profondeur de l'os, existait une traînée cellulaire profonde pleine de pus et de fongosités, reliant cette région à la paroi interne de l'antre.

Il s'agit par conséquent dans ce cas de mastoïdite diffuse (antérieure et postéro-supérieure) avec abcès extra-dural.

Des cas (personnels et étrangers) rapportés par Mouret et Seigneurin, il résulte que : 1° il s'agit presque toujours de mastoïdite diffuse ou mieux de pan-mastoïdite, comme cela se rencontre fréquemment.

2° Les cas qui méritent d'attirer l'attention au point de vue clinico-thérapeutique, sont ceux chez lesquels existait, à l'angle postéro-supérieur de la mastoïde une grosse cellule plus ou moins éloignée de l'antre et de la zone nettement infectée, qu'une mastoïdectomie simple pouvait laisser inexplorée, et qui pouvait entraîner la mort. Tels sont à peu près les cas 6, 7 et 8, rapportés par Stanculeanu et Depoutre, en octobre 1901, et par moi (comme je le dirai plus tard) en 1902. Il en est de même des cas 2, 9 et 11. Les autres au contraire, ou manquent de clarté (3 et 12, les auteurs qui les ont observés ne parlent pas de lésions postéro-supérieures) ou ne semblent

pas persuasifs et dignes d'attention particulière, puisqu'ils ne présentent rien de spécial. Il s'agissait en effet de mastoïdite diffuse avec foyers d'ostéite nécrotique et fistulisée soit à l'angle postéro-supérieur, soit au niveau de l'antre (n° 10) soit dans la région temporale supérieure ou pariéto-temporale (n° 4). Et nous savons que dans les mastoïdites à nécroses osseuses, peuvent se former des fistules osseuses en des points les plus divers de la mastoïde ou de la squame, sans qu'on soit autorisé, ni qu'il soit utile de se baser là-dessus, pour faire un nombre considérable de subdivisions.

Lorsqu'il s'agit de mastoïdites diffuses et pan-mastoïdites, comme en conviennent d'ailleurs Mouret et Seigneurin eux-mêmes (p. 36 et plus clairement encore dans le travail sur les mastoïdites postéro-inférieures), il me semble tout à fait inexact, de les appeler mastoïdites postéro-inférieures (cette interprétation est nuisible).

La conclusion suivante des auteurs ne répond pas non plus à la réalité : « La mastoïdite postéro-supérieure possède une individualité nette. Au cours d'une infection tympano-antromastoïdienne plus ou moins virulente, plus ou moins étendue, le foyer infectieux semble se développer uniquement au niveau de la région postéro-supérieure du bloc mastoïdien : ce processus presque exclusif détermine l'aspect clinique des débuts de cette forme de mastoïdite » (V. p. 48).

Tout au plus, si, à l'intervention, on trouve une lésion prédominante vers l'angle postéro-supérieur, a-t-on le droit de parler de mastoïdite avec foyer plus accusé postéro-supérieur, mais jamais de mastoïdite postéro-supérieure. Il n'est pas non plus nécessaire de spécifier les lésions prédominantes dans les différentes mastoïdites opérées, puisque chaque foyer suppuratif (sans que l'on s'arrête à la gravité plus ou moins grande de la lésion) doit être curetté, ouvert tout au moins. D'autre part si l'on crée des mastoïdites postéro-supérieures et postéro-inférieures, il n'y a pas de raison pour qu'on ne crée pas des groupes spéciaux pour les mastoïdites à lésions prédominantes antéro-supérieures, supérieures, centrales, postérieures, antéro-inférieures, de la pointe, de la squame... etc... On imagine aisément la confusion qui résulterait d'une appréciation aussi arbitraire.

On sait en effet, qu'en clinique, un cas n'est jamais identique à un autre, et lorsqu'on crée une maladie donnée ou une forme pathologique, elle représente la moyenne de tous les cas c'est-à-dire qu'elle est faite des symptômes principaux communs à tous ;

on ne pense pas à subdiviser la maladie en autant de types qu'il peut y avoir de variétés de cas. On doit remarquer en outre que Mouret et Seigneurin, par mastoïdites postéro-supérieures et postéro-inférieures, entendent les lésions de tout le quadrant postéro-supérieur, et de tout le quadrant postéro-inférieur, et non pas seulement des angles, si bien que la création de ces deux groupes est encore moins justifiée.

D'ailleurs, les symptômes que les auteurs ci-dessus donnent comme caractéristiques, pour diagnostiquer avant l'opération ce qu'ils appellent mastoïdites postéro-supérieures (dans leurs diverses phases ou modalités) ne me semble pas pathognomoniques. Quand il n'y a pas extériorisation du processus, l'unique symptôme, d'après ces auteurs, serait la douleur à la pression postéro-supérieure. Elle ne serait que plus intense dans les cas plus avancés. Dans les cas (4 et 7) rapportés ci-dessus il n'est point fait mention de cette douleur postéro-supérieure. Elle n'existait pas plus comme nous le verrons plus loin, dans de nombreux cas que j'ai observés. En outre, une douleur à la pression du quadrant postéro-supérieur, peut-être comme l'on sait symptomatique de périsinusite du sinus sigmoïde, périsinusite qui peut apparaître non seulement à la suite de cellulite mastoïdienne correspondante, mais aussi par voie circulatoire ou à travers la paroi postérieure de l'antre.

Lorsqu'il s'agit de mastoïdite diffuse, la douleur à la pression existe en d'autres points et surtout à l'antre ; sa plus grande intensité ne correspond pas toujours à la zone la plus malade. Enfin ce symptôme est purement subjectif, et, l'on doit le baser sur les réponses du malade, dont la réaction à la douleur est essentiellement variable.

Dans les cas à extériorisation externe, le symptôme caractéristique serait la tuméfaction postéro-supérieure, qui s'étendrait ensuite en haut et en avant, provoquant alors la tuméfaction de la base mastoïdienne et de la région temporale. Or, ce symptôme faisait défaut dans de nombreux cas de cellulite postéro-supérieure que j'ai observés, et dans bon nombre de ceux rapportés par les auteurs. D'autre part, il n'est pas précisément pathognomonique, car lorsqu'il existe, il peut être dû à d'autres lésions mastoïdiennes et non à une cellulite postéro-supérieure. Parmi les cas rapportés par Mouret et Seigneurin, il manquait non seulement dans les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> mais aussi dans les 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup>, chez lesquels la tuméfaction était diffuse à toute la région mastoïdienne. Dans le 11<sup>e</sup> cas, le gonflement siégeait vers l'écaille du temporal,

et non vers le quadrant postéro-supérieur, et dans le 13<sup>e</sup> la tuméfaction fluctuante s'étendait à toute la bosse pariétale gauche et jusqu'au pavillon, sans localisation spéciale postéro-supérieure. Je dois faire remarquer encore que j'ai observé plusieurs fois une tuméfaction postéro-supérieure (avec ou sans abcès) sans mastoïdite postéro-supérieure. Tout récemment, chez un enfant de 11 mois, j'ai constaté un petit abcès postéro-supérieur, suite d'otite moyenne aiguë; il s'agissait simplement de périostite pyogène, puisque la simple incision de l'abcès, et le traitement de l'otite amenèrent une guérison rapide.

Lorsque la tuméfaction s'étend à la base de la mastoïde et à la région temporale, elle n'a aucune valeur spéciale, car elle se rencontre très fréquemment dans les périostites simples et dans les mastoïdites des enfants et des adolescents chez qui l'infection se fait jour à l'extérieur à travers la partie haute de la suture mastoïdo-squameuse. Dans le 2<sup>e</sup> cas rapporté par les auteurs (enfant de 12 ans) la tuméfaction temporo-zygomatique et de la base de la mastoïde était vraisemblablement due à la mastoïdite diffuse, et non à la cellulite postéro-supérieure et cela d'autant plus que Mouret lui-même dit que « l'extrémité supérieure de la suture pétro-squameuse était bien apparente et paraissait être le lieu de passage de l'infection extériorisée ». Dernièrement, j'ai opéré un vieillard qui présentait de la simple périostite et une tuméfaction fluctuante de la base de la mastoïde et du temporal, plus accusée au niveau de l'angle postéro-supérieur de la mastoïde.

Enfin, le symptôme caractéristique de l'infection extra-durale provoquée par les mastoïdites postéro-supérieures, serait une céphalée gravative, à forme d'hémicranie, avec fièvre légère. Nous savons tous que, non seulement des zones limitées de pachyméningite, mais aussi de gros abcès extra-duraux, évoluent souvent sans fièvre, et de façon tout à fait latente.

Donc, puisque toutes les mastoïdites sont des mastoïdites diffuses ou des pan-mastoïdites, ni au point de vue anatomique, ni au point de vue clinique, on est autorisé à cataloguer mastoïdites postéro-supérieures les cas dans lesquels existent des lésions prédominantes dans le quadrant postéro-supérieur de la mastoïde.

Quant aux symptômes que Mouret et Seignurin tiennent pour caractéristiques pour le diagnostic pré-opératoire d'une lésion prédominante postéro-supérieure, ils ne sont pas précisément pathognomoniques. Cette lésion, par contre, n'est le plus souvent diagnostiquée qu'en cours d'intervention en suivant la trace de



l'infection osseuse. Dans certains cas cependant, cette lésion peut demeurer inexplorée, et cela, lorsque quelque cellule infectée (en général une seule) de l'angle postéro-supérieur, est séparée de l'autre et des voisines, par une cloison osseuse plus ou moins épaisse et d'aspect sain. C'est précisément cette éventualité qui mérite toute l'attention des cliniciens, car elle n'est point très rare. Les cas les plus intéressants, rapportés par Mouret et Seigneurin, sont les 2, 6, 7, 8, 9 et 11 où, il existait une grosse cellule postéro-supérieure infectée et assez éloignée de l'antre et du foyer ostéitique environnant.

A ce fait anatomo-clinique très important (cellule postéro-supérieure) il y a longtemps que mon école et moi, avons apporté une contribution clinique importante: je crois d'autant plus opportun de le rappeler, que Mouret et Seigneurin n'en font même pas mention, évidemment parce qu'ils ignoraient ces travaux. En mai 1901, je publiais mon premier travail sur ce sujet. J'appelais particulièrement l'attention sur l'existence possible, dans l'angle postéro-supérieure de la mastoïde, d'une grosse cellule séparée de l'antre par une cloison osseuse épaisse, et sur l'importance considérable qu'elle pouvait avoir au point de vue chirurgical. Cette cellule n'est séparée que par la corticale interne en arrière du genou supérieur du sinus latéral, et en haut de la fosse cérébrale moyenne. Etant donnée la distance qui la sépare de l'antre, elle peut rester inexplorée au cours de l'intervention, mettant en péril, si elle est infectée, la vie du malade. J'avais alors rencontré une fois sur 30, une disposition anatomique aussi insidieuse et j'attendais que la clinique confirmât l'importance chirurgicale de cette cellule, sur laquelle j'avais tant insisté. Quand je faisais imprimer mon premier article (décembre 1900) aucun cas clinique ne confirmait encore mes prévisions.

En octobre 1901, je publiais une note brève sur le même sujet (2). En même temps dans le numéro d'octobre 1901 (publié en novembre) des *Annales des maladies de l'oreille* parut un travail de Stanculeanu et Depoutre sur les cellules mastoïdiennes postéro-supérieures ne communiquant pas avec l'antre et séparées de lui (comme dans le cas que j'ai étudié) par une cloison osseuse épaisse de 2 millimètres à 1 centimètre. Après les considérations anatomiques, les auteurs rapportèrent l'histoire de trois malades, qui mettait en relief l'importance clinique de cette disposition anatomique, sur laquelle j'avais appelé l'attention avant eux. Dans ces 3 cas, comme dans le mien, on ne trouva qu'une grosse cellule vers l'angle postéro-supérieur, pleine de pus, et

séparée de l'antre par une cloison osseuse plus ou moins épaisse. Ces 3 cas sont : celui de Moure et Lafarelle publié en fin janvier 1901 dans la *Revue de Laryngologie*, celui de Stanculeanu et Depoutre publié en fin juillet 1901 dans la *Revue Médicale*, et le 3<sup>e</sup> inédit appartenant à Bourgeois et Depoutre. Ces 3 cas font partie des 14 recueillis par Mouret et Seigneurin ; je les avais rappelés dans un troisième travail sur cette question, publié au début de 1902 (4). Après avoir résumé, avec des dates précises, l'histoire encore brève, et très récente de la question, je fis connaître mon observation clinique, dans laquelle existait une tuméfaction et une rougeur de toute la région mastoïdienne, avec douleur à la pression, plus accusée à la pointe, et mastoïdite de Bezold. A l'intervention on trouve un pan-mastoïdite, avec une grosse cellule postéro-supérieure infectée, complètement séparée de l'antre et du reste du foyer osseux suppuratif, cellule qui faillit passer inaperçue. J'insistais alors sur l'importance chirurgicale de la cellule postéro-supérieure, qui doit être présente à l'esprit de celui qui opère une mastoïdite. Dans ce cas, à côté d'une mastoïdite de Bezold, existait une unicellulite postéro-supérieure typique, mais la lésion prédominante et la douleur la plus accusée à la pression siégeaient à la pointe. Ceci démontre combien, chirurgicalement parlant, il est intéressant de savoir si la cellulite postéro-supérieure est séparée du foyer opératoire.

Après 1902, j'ai pu observer de nombreux cas de mastoïdite avec unicellulite postéro-supérieure, à tous les âges et aussi chez des enfants, de 7 à 10 ans, et je m'aperçus que leur fréquence était plus élevée que celle que j'avais précédemment fixée. Mais après avoir publié les premiers travaux, je n'ai pas cru nécessaire de signaler ces observations.

En 1918, mon assistant Caliceti, ayant observé en quelques mois, au front, 13 cas d'unicellulite postéro-supérieure, publia un travail (5) pour appeler à nouveau l'attention sur l'importance chirurgicale d'une telle cellule, et pour mettre en relief sa fréquence. En effet sur 104 opérés de mastoïdite il rencontra 13 fois la cellule postéro-supérieure. Sa fréquence serait par conséquent de 14 % dans les mastoïdites. Dans les observations de Caliceti, il s'agissait toujours d'une cellule unique postéro-supérieure plus ou moins grosse et plus ou moins éloignée de l'antre. Il est intéressant de constater en outre que :

1<sup>o</sup> Il y eut toujours tuméfaction légère ou accusée de toute la région mastoïdienne. (Dans le 11<sup>e</sup> cas elle était plus accentuée à

la pointe où existait une fluctuation, et dans le 14° cas elle empiétait sur le cou).

2° Il y eut toujours mastoïdite plus ou moins diffuse ou pan-mastoïdite.

3° Dans 7 cas (2, 3, 7, 8, 11, 14, 15) existaient des lésions de la pointe.

4° Sauf 2 cas (6 et 13) où il y eut lésion prédominante ou presque isolée (avec sinus fistulisé) postéro-supérieure, dans tous les autres, cette prédominance faisait défaut.

5° Il y eut douleur diffuse à la pression dans 6 cas (1, 4, 6, 7, 14, 15) maxima à l'antre dans 3 (2, 3, 8), maxima à l'antre et à l'angle postéro-supérieur dans les cas, 9, 10, 12, 13 et maxima à l'angle postéro-supérieur dans 1 seul cas (n° 5).

En 1920, Caliceti s'occupait à nouveau de la question (6) pour faire connaître un cas clinique, vraiment exceptionnel, dans lequel, n'existaient ni pus dans la caisse, ni douleur à la pression mastoïdienne, sauf en arrière et en haut où la douleur spontanée et à la pression était très accusée. A l'intervention la mastoïde et l'antre furent trouvés sains. Cependant, en explorant, l'angle mastoïdien postéro-supérieur, on trouva une énorme cellule de forme semi-lunaire, pleine de pus. Elle s'étendait sur le pariétal et l'occipital et était séparée de l'antre par une couche osseuse saine de 2 centimètres. Le pus ayant usé la paroi crânienne avait envahi la fosse cérébelleuse.

Ce cas, par conséquent, montre mieux que tout autre l'importance clinique de la cellule postéro supérieure sur laquelle j'ai attiré l'attention. Le danger résidait uniquement dans l'infection de cette cellule. Il est tout naturel que la douleur fut, dans ce cas, exactement localisée au seul point malade. Mais cette observation est exceptionnelle, et ne saurait servir de guide. D'autre part, il est difficile de voir dans ce cas une mastoïdite postéro-supérieure, telle que la conçoivent Mouret et Seigneurin, mais bien plutôt une unicellulite postéro-supérieure, et cela d'autant plus que l'énorme cellule n'appartenait pas seulement à la mastoïde, mais aussi à l'occipital et au pariétal. Dans mon traité publié dans les premiers mois de 1920 (7), je signale avoir rencontré cette cellule presque chez 15 % de mes opérés.

Enfin en Italie, Bruzzone de Turin (8) et Rimini de Trieste (9) ont appelé l'attention sur cette cellule postéro-supérieure (à laquelle on a donné mon nom). Le premier l'a rencontrée 5 fois sur 82 cas de mastoïdites.

CONCLUSION. — La disposition anatomique sur laquelle j'ai le

premier attiré l'attention des chirurgiens d'une façon tout à fait spéciale, se rencontre dans la pratique avec une fréquence de 10 à 15 % des opérés de mastoïdite. Ceci accroît son importance, et oblige quiconque opère une mastoïdite, à l'avoir présente à l'esprit. D'autre part, en raison de cette fréquence, il n'est plus nécessaire d'en décrire avec détail, tous les cas rencontrés. Il s'agit presque toujours d'unicellulite de l'angle postéro-supérieure de la mastoïde (quelquefois 2 cellules) qui s'accompagne de mastoïdite plus ou moins diffuse. On ne peut par conséquent parler de mastoïdite postéro-supérieure, c'est-à-dire du quadrant postéro-supérieur, comme le veulent Mouret et Seigneurin, mais on doit appeler ces cas nombreux, mastoïdite avec unicellulite (ou cellulite) postéro-supérieure.

La douleur à la pression, plus accusée à la partie postéro-supérieure, et l'œdème de cette région, ne sont point des symptômes sur lesquels on peut se baser pour faire un diagnostic préopératoire d'unicellulite postéro-supérieure. Par contre, au cours de l'intervention, lorsqu'on soupçonne l'existence de cette cellule infectée, on la doit rechercher et l'ouvrir, pour mettre le malade à l'abri de graves dangers.

\*  
\* \*

Nous arrivons maintenant à ce que Mouret et Seigneurin appellent mastoïdites postéro-inférieures (*l. c. p. p. 454-686*).

Les auteurs cherchent d'abord à expliquer, en certains points plus clairement que dans le premier travail, ce qu'ils entendent par mastoïdite postéro-supérieure et mastoïdite postéro-inférieure. D'après eux la zone postéro-inférieure de la mastoïde a comme limites : en avant et en haut les attaches mastoïdiennes des muscles sterno cléido-mastoïdien et splenius, en arrière la suture occipito-mastoïdienne, en bas les dernières digitations du ventre postérieur du muscle digastrique. Elle a, comme centre anatomique, la veine mastoïdienne. Ils rappellent qu'à la fin de l'évolution des deux lames osseuses primitives mastoïdiennes (partie pétreuse et partie squameuse), ces deux lames n'en font plus qu'une. Les deux systèmes ostéo-pneumatiques n'en forment plus qu'un, par suite de la résorption de la cloison inter-pétreo-squameuse. Ils ajoutent ensuite que, au lieu de constater les symptômes tardifs, ils cherchent à surprendre les signes précoces, ou bien s'ils arrivent trop tard, à localiser le point d'apparition et le point d'extériorisation des phénomènes pathologiques présentés par le



malade. Or, dans la mastoïdite postéro-inférieure comme dans la postéro-supérieure, les premières manifestations inflammatoires sont d'après eux, localisées au niveau de la partie vraiment postérieure de la face externe de la mastoïde ; c'est la douleur spontanée, la douleur à la pression et le gonflement. En cas d'examen tardif, c'est la douleur maxima, à la pression.

Les auteurs s'occupent ensuite de la constitution anatomique du secteur postéro-inférieur de la mastoïde, de la topographie du canal mastoïdien, de son contenu et des rapports de la zone postéro-inférieure de la mastoïde avec les organes endo-craniens et les tissus exo-craniens. Puis ils décrivent les diverses phases et formes cliniques de la mastoïdite postéro-inférieure, identiques d'ailleurs à celles de la mastoïdite postéro-supérieure.

1° Dans une première phase, l'infection n'étant pas extériorisée, il y a douleur maxima à la pression localisée au territoire postéro-inférieur de la face externe de la mastoïde ; 2° lorsque le processus infectieux l'extériorise, la douleur à la pression est plus accusée, il y a gêne des mouvements du cou, empatement profond en arrière de la pointe de la mastoïde, tendant à s'étendre en bas vers le cou. Ensuite, tuméfaction au niveau de la face externe de la région postéro-inférieure de la mastoïde, et un peu au-dessous de cette région, rarement avec œdème marqué des tissus superficiels parce que le foyer purulent est séparé de la peau par le splénus capitis et sternocleido-mastoïdien ; 3° dans d'autres cas la mastoïdite postéro-inférieure use la corticale interne et pénètre dans le crâne ; 4° enfin, on peut avoir, d'un côté extériorisation à l'intérieur (terme impropre employé par les auteurs). Quand le processus infectieux franchit la corticale interne et pénètre dans le crâne, il y aurait d'après Mouret et Seigneurin, douleur spontanée et pesanteur au niveau de la région postéro-inférieure de la mastoïde, hémicranie à forme occipitale un peu de fièvre, d'abattement, d'insomnie, symptômes qui s'exagèrent lorsque l'abcès extra-dural suit la pachyméningite. Comme pour la mastoïdite postéro-supérieure, les auteurs divisent le deuxième des 4 sous-groupes ci-dessus en 2, le troisième en 3, dont la troisième subdivision est encore subdivisée en 4 modalités, suivant que la complication endo-cranienne est extra-durale, sinusienne, méningée ou cérébelleuse.

Pour justifier la création du groupe des mastoïdites postéro-inférieures, les auteurs rapportent un seul cas clinique personnel (Mouret) avec mastoïdite aiguë bilatérale, et recueillent ensuite dans la littérature un cas de Stella, trois cas de Caliceti, un de

Lannois et Corneloup. Nous verrons que le cas de Mouret n'est point persuasif, et que les autres cas empruntés avaient été diversement interprétés et dénommés par les auteurs suffisamment autorisés, qui les avaient décrits après étude et intervention.

La malade de Mouret présentait à droite la tuméfaction habituelle diffuse de toute la région mastoïdienne, avec gonflement plus marqué au niveau de la partie postéro-inférieure de la mastoïde (v. p. 674). La mastoïde est douloureuse à la pression avec maximum de douleur en arrière et sur une ligne antéro-postérieure du conduit, au voisinage du tympan. A l'intervention on rencontra une mastoïdite antérieure et postérieure. En effet Mouret et Seigneurin disent que les zones sous-antrale et apicale contenaient des cellules clairsemées bourrées de fongosités ; le tissu osseux intercellulaire était mou et congestionné (ostéite et cellulite). En outre, au niveau de la région postéro-inférieure on trouva deux zones nécrosées, à grand axe antéro-postérieur, mesurant 1 cm. 5. Au lieu de la surface nécrosée inférieure on trouva la veine mastoïdienne.

Si la plaque de nécrose inférieure était traversée par la veine mastoïdienne, la plaque nécrosée supérieure devait être relativement haute et atteindre le milieu de la partie postérieure de la mastoïde.

A gauche, le gonflement est postéro-inférieur et s'étend légèrement vers l'extrémité supérieure du sterno-cleido mastoïdien, un peu en arrière vers la nuque. La région antrale est légèrement sensible, ainsi que le reste de la mastoïde. Mais le maximum de douleur à la pression se trouve en arrière et sur un plan bien inférieur de la mastoïde. A l'opération on constate une fistule osseuse à la région postéro-inférieure de la mastoïde, une antrite légère, les régions sous-antrale et apicale, à petites cellules remplies de fongosités blafardes.

Des deux côtés par conséquent il s'agissait de mastoïdite diffuse antérieure et postérieure et pour les mêmes raisons exposées à propos des mastoïdites postéro-supérieures, on ne saurait appeler ces cas-là, des mastoïdites postéro-inférieures. La tuméfaction externe n'avait rien de l'abcès de Bezold, et le maximum de douleur à la pression, au niveau du quadrant postéro-inférieur pouvait être provoqué par de la périsinusite.

Dans le cas de mastoïdite aiguë décrit en 1908 par De Stella existait un gonflement et une douleur de toute la région mastoïdienne, et à l'intervention on trouva une large cavité centrale pleine de pus communiquant largement avec l'antre. La mastoïde pneuma-

tique est ouverte jusqu'au sinus latéral, sur une assez grande étendue. Celui-ci est sain, l'apex est évidé. Quatre jours plus tard on doit compléter l'opération. A la partie postéro-inférieure de la gouttière du sinus latéral on découvre une fistule osseuse et on trouve une cellule pleine de pus.

De Stella intitule son observation « un cas de cellulite aberrante ». Mais Mouret et Seigneurin ajoutent : « Dans cette deuxième opération la présence d'une fistule avec cellule suppurée, siégeant au delà de la partie postéro-inférieure du sinus, déjà mis à nu et reconnu sain, nous permet de faire de ce cas une pan-mastoïdite avec lésion principale postéro-inférieure ». Dans ce cas, cependant l'infection avait envahi toute la mastoïde y compris la cellule postéro-inférieure aberrante : donc, ni l'anatomie pathologique, ni la clinique n'autorisent à désigner cette lésion sous le nom de mastoïde postéro-inférieure, mais au contraire comme le fit Stella, sous le nom de mastoïdite avec cellulite aberrante postéro-inférieure. Cette cellule aberrante, siégeant au delà du sinus sigmoïde, pouvait appartenir, au moins en partie à l'os occipital.

Nous arrivons maintenant aux cas de Caliceti, et de Lannois et Corneloup, tous du plus haut intérêt. Caliceti en 1918 opéra et étudia dans ma clinique et sous mon contrôle, 3 malades, chez lesquels il était évident qu'un abcès périsinusien extériorisé par voies anatomiques préformées avait produit un abcès analogue à celui de Bezold. Caliceti publia ces cas dans le but de vulgariser un type particulier d'abcès, que j'avais déjà décrit, où une périsinusite donne lieu à une collection externe, analogue à celle de Bezold. J'avais le premier attiré l'attention sur cette abcès en 1901 (10) et ensuite en 1903 (11) 1908 (12) et 1909 (13). Mais Mouret et Seigneurin pensent que les trois cas décrits par Caliceti semblent n'être que des mastoïdites postéro inférieures. Ils admettent l'abcès que j'ai décrit, mais ils le tiennent pour exceptionnel et disent (*l. c.* p. 678) : « Il est évident que le pus périnusal peut venir d'un autre point que celui de la région postéro-inférieure de la mastoïde ; venant du coude du sinus par exemple, il peut fuser le long de la partie oblique du sinus et prendre le chemin de la veine émissaire mastoïdienne ou la voie préformée créée par une déhiscence au niveau de la partie inférieure de la suture temporo-occipitale. Cependant nous considérons ce processus comme exceptionnel. »

Pour voir comment les choses se passent, examinons les cas cliniques en question.

Dans le 2<sup>e</sup> cas de Caliceti un homme de 35 ans, avec otite moyenne aiguë présentait des douleurs à la région mastoïdienne, surtout vers la pointe, au niveau de laquelle est apparue une tuméfaction assez considérable. Celle-ci s'étend en arrière de la pointe sur une étendue d'une pièce de 10 centimes ; elle est recouverte de tégument normal. Pas de sensation de fluctuation à la palpation, mais on provoque une vive douleur. A l'intervention, l'antre est sain ; seules quelques cellules sont infectées dans le corps de l'apophyse ; la pointe est normale. En élargissant la brèche opératoire en arrière, on met à nu le sinus latéral, autour duquel on trouve à la partie inférieure une quantité assez abondante de pus, qui s'étend en bas presque jusqu'au golfe de la jugulaire. Ce pus épongé, il en reparait dès qu'on presse sur la tuméfaction externe, ce qui démontre l'existence d'une communication entre les deux abcès. Explorant minutieusement la limite postérieure et inférieure de la mastoïde, on constate que les deux abcès communiquent entre eux à travers la partie basale de la suture temporo-occipitale. Après avoir mis à nu le sinus latéral jusqu'au voisinage du golfe de la jugulaire et ouvert l'abcès extérieur, on termine l'opération. Aux premiers pansements on constate encore du pus dans la partie inférieure du sinus. La pression de la tuméfaction externe le fait réapparaître.

Il s'agissait évidemment dans ce cas de l'abcès que j'ai décrit, puisque l'on trouve une communication directe entre l'abcès externe (type Bezold) et l'abcès périsinusal, à travers la partie basale de la suture temporo-occipitale, et que le reste de la mastoïde était sain. (Caliceti élargissant la brèche opératoire en arrière du sinus, ne constata aucune lésion osseuse, et admit l'hypothèse qu'une périsinusite s'était formée par propagation presque directe de l'infection). Il ne s'agissait point d'une collection consécutive à une mastoïdite postéro-inférieure. Dans ce cas et dans le troisième de Caliceti, le seul fait, que, pressant sur l'abcès externe le pus apparaissait autour du sinus et non dans la brèche osseuse mastoïdienne, dit clairement que l'abcès externe dépendait directement de l'abcès périsinusal et non de la mastoïde. Il ne pouvait s'agir d'une fistule osseuse néoformée, mais bien plutôt d'une voie préformée de la base du crâne puisque la guérison survint sans qu'on fut obligé de curetter la zone osseuse circonscrivant le point de sortie du pus vers l'extérieur. Pour se faire jour à l'extérieur, le pus avait dû soulever le périoste qui recouvre la suture en question, formant ainsi dans un premier temps un abcès sous périosté sans processus évident d'ostéomye-



lite, avec ou sans nécrose. Enfin le point de sortie de pus appartenait à la partie basale de la suture temporo-occipitale, c'est-à-dire au delà des limites inférieures assignées par Mouret et Seigneurin aux mastoïdites postéro-inférieures. Donc, dans ce cas et dans le dernier de Caliceti il n'y avait pas précisément, comme le disent Mouret et Seigneurin à la page 678, issue de pus au niveau de la face externe de la région postéro-inférieure de la mastoïde, mais au contraire au niveau de l'abcès que j'ai décrit.

Dans le premier cas de Caliceti, un homme de 45 ans présentait une suppuration tympanique aiguë avec mastoïdite. Un peu *au-dessous et en arrière* de la pointe de la mastoïdite on constatait une tuméfaction assez marquée, recouverte de peau normale. A l'intervention, en comprimant cette région, du pus sortait au-dessous de l'insertion du sterno-mastoïdien. Peu de pus dans l'antre et dans les cellules sous-antrales. On réséqua la pointe, pensant qu'il s'agissait d'un abcès de Bezold, mais on la trouva saine et sans cellules. En comprimant la tuméfaction du cou, il ne sort pas de pus là où se trouvait la pointe. Elargissant la brèche opératoire on trouve du pus autour de l'émissaire mastoïdienne, et un abcès périsinusal.

Dans ce cas, je ne vois pas comment l'on peut parler de mastoïdite postéro-inférieure puisqu'on ne trouve rien dans le quadrant postéro-inférieur de la mastoïde. La façon dont raisonnent Mouret et Seigneurin est plutôt curieuse ; ils disent en effet : « Nous aurions désiré trouver dans la description des opérations concernant ces deux cas, des renseignements précis sur la constitution anatomique des parois osseuses avoisinant la veine mastoïdienne ou la suture temporo-occipitale. Cette absence de détails nous pousse à soupçonner une atteinte de la région mastoïdienne autour de cette veine, ou dans le voisinage de cette suture, et nous nous demandons si ces deux observations ne seraient pas simplement des mastoïdites postéro-inférieures ». Si Caliceti signale qu'il a trouvé un peu de pus dans l'antre et dans les cellules sous-antrales (par conséquent mastoïdite-antérieure), cela signifie qu'il ne trouve rien dans la partie postérieure, sinon il en eût parlé. De son observation brève il résulte, de façon évidente, qu'il s'agissait d'un abcès périsinusal dont le pus s'était fait jour à travers l'émissaire mastoïdienne, placée au-dessous de l'insertion du sterno-mastoïdien et avait provoqué l'abcès externe, analogue à celui de Bezold.

Dans le troisième cas de Caliceti, un homme de 50 ans présente à la suite d'une otite moyenne aiguë, une tuméfaction

assez considérable de la région mastoïdienne exactement en arrière et plus bas au niveau de la pointe. Les téguments sont sains. La pression provoque une douleur violente, pas de fluctuation. A l'intervention on trouve un peu de pus dans l'antre ; la pointe réséquée est normale. On élargit en arrière la brèche opératoire et l'on trouve un abcès périsinusal aux parties moyennes et inférieure du sinus. Après incision de la collection externe et examen soigné de la table osseuse sous-jacente, on constate que la communication entre les deux abcès (externe et périsinusal) se faisait à travers la partie basale de la suture temporo-occipitale.

Dans un cas aussi clair que celui-ci, il me semble que toute discussion est inutile, et toute tentative pour changer le diagnostic, insoutenable. De même, dans le cas de Lannois et Corneloup il s'agissait d'un abcès extradural s'étant fait jour à l'extérieur à travers une voie osseuse néoformée, au lieu de la voie préformée, comme il arrive le plus souvent dans l'abcès que j'ai décrit. On trouva l'antre plein de pus, et la paroi antérieure du sinus à nu dans l'antre. La portion d'os *située à l'extérieur et en arrière du sinus était saine* et contrastait nettement avec les parties d'ostéite que l'on rencontrait plus en arrière où un curettage de l'orifice fistuleux met à nu la dure-mère fongueuse sur une étendue d'une pièce de 5 francs.

Dans la mastoïde, seul l'antre était infecté ; au-dessus et en arrière du sinus l'os était sain, et ce n'est qu'en arrière, au niveau du lobe cérébelleux, qu'on trouva un vaste abcès fistulisé. Etant donné cela, Lannois et Corneloup affirment très justement qu'il s'agissait dans ce cas, de façon manifeste, d'un abcès sous dure-mérien ouvert spontanément à l'extérieur. Auvert dans sa *Thèse de Lyon 1906*, a intitulé cette observation : « Abcès extradure-mérien, ouvert spontanément à travers l'occipital ». Il y eut évidemment infection de l'antre propagée à la partie voisine du sinus, d'où le processus gagna la dure-mère cérébelleuse, où il atteint son acuité maxima, y formant un vaste abcès extradural et la fistule ensuite. L'infection toucha légèrement la base de la mastoïde, laissant intacte la zone inférieure. Mais cette lésion minime mastoïdienne, provoqua comme il arrive fréquemment, un énorme abcès extradural. Toutefois Mouret et Seigneurin regrettent l'absence de précision de Lannois et Corneloup et classent ce cas dans les mastoïdites postéro-inférieures.

Les trois malades de Caliceti présentent sans aucun doute des cas typiques de l'abcès que j'ai décrit. Celui de Lannois et Corneloup s'en rapproche, si bien que des quelques cas de préten-

dues mastoïdites postéro-inférieures rapportés par Mouret et Seigneurin pour étayer leur thèse, il n'en reste qu'un seul, celui de Mouret. Et encore ce cas est-il très douteux : d'un côté il n'y eut pas symptômes d'abcès de Bezold, mais tuméfaction diffuse de la mastoïde et des deux, il s'agissait plutôt de mastoïdite diffuse antérieure et postérieure. La clinique et l'anatomie pathologique ne sauraient voir là une mastoïdite postéro-inférieure.

Il existe par contre fréquemment des cas d'abcès périsinusiens ou extraduraux, qui, par voies préformées ou à travers des sinus fistulisés ont donné lieu à des abcès externes ressemblant à ceux de Bezold. J'ai décrit depuis 1901 ce type d'abcès, dont on doit tenir compte dorénavant en clinique et en pathologie, et je crois opportun d'appeler à nouveau l'attention sur lui. En effet, outre les 3 cas de Caliceti, j'en connais plusieurs dans la littérature. En 1903, Strazz (14) publia deux observations cliniques se rapportant à deux enfants de 3 et 4 ans, chez lesquels un abcès périsinusal propagé vers l'extérieur, forma un abcès de la pointe et un abcès profond du cou, comme celui de Bezold. Il n'y avait pas de cellules mastoïdiennes chez le premier. Chez le second le pus s'était propagé à l'extérieur le long de l'émissaire mastoïdienne. E. Urbantschitsch (15) en novembre 1905 communiqua à la Société d'otologie autrichienne un cas typique dans lequel un abcès à allure de Bezold, était dû exclusivement à un abcès extradural périsinusal toute la mastoïde et la pointe étant saines.

Leidler en 1908 (16) publia 2 cas de cellulite postéro-inférieure. Sans connaître mes travaux il en donne une étiologie analogue à la mienne.

En 1909 je publiais (*l. c.* 13) un cas typique de l'abcès que j'avais décrit. La partie moyenne de la mastoïde et la pointe étaient éburnées et parfaitement saines. L'antre était plein de pus ; il y avait abcès extrasinusal tout le long du sinus sigmoïde. Le pus sortait par saccades par le canal mastoïdien. En 1910, Calamida (17) communiqua 5 cas d'abcès de Citelli, où des collections périsinusales et extradurales de la fosse cérébelleuse avaient provoqué, par voies préformées ou trajets fistuleux, des collections corticales ressemblant à celles de Bezold. Calamida proposa de donner mon nom à ces sortes d'abcès (18). En 1913, Jacques s'occupant des abcès pharyngiens otitiques, rapporte 2 cas (2° et 3°) d'abcès extradural cérébelleux, ayant provoqué, après avoir franchi la partie basale de la scissure occipito-mastoïdienne, un abcès de « Citelli » et du torticolis. En outre sur

45 cas recueillis dans la littérature, Jacques trouva 21 cas d'abcès pharyngiens, dans lesquels la collection intracrânienne juxta-sinusal avait fusé dans la région sous-occipitale par la suture occipito-mastoïdienne, avant de donner lieu à l'abcès pharyngien, qui faisait suite ainsi à l'abcès que j'avais décrit (*l. c.* p. p. 522-526). Jacques insiste très justement sur le mécanisme d'extériorisation des abcès périsingiens. Bondy en 1916 (20) communiqua un cas d'abcès extradural extériorisé à travers la suture occipito-mastoïdienne.

Plusieurs traités importants signalent l'extériorisation des abcès extraduraux, par la voie de l'émissaire mastoïdienne (Politzer, dernière édition 1908, p. 500). Denker et Brünings (4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> édition 1920, p. p. 111 et 150). Leidler (*l. c.* 17), et Eckhardt (21) parlent de la même pathogénie.

Enfin des communications verbales de nombreux collègues ont trait à l'abcès que j'ai décrit : abcès externe ressemblant à l'abcès de Bezold, symptôme d'un abcès extradural et non d'un abcès de la pointe.

J'ai pu recueillir tous les cas ci-dessus après avoir consulté rapidement et de façon incomplète la littérature médicale. Il est fort probable, que d'autres, très nombreux, ont été publiés. D'ailleurs, je suis convaincu que si mon abcès était mieux connu, un certain nombre d'abcès de Bezold, ainsi diagnostiqués après examen incomplet au cours de l'intervention, seraient des abcès de « Citelli ». On sait aussi que les abcès périsingiens sans lésions postéro-inférieures de la mastoïde sont fréquents, et que d'autre part ils peuvent provoquer au niveau de la veine mastoïdienne un œdème limité (signe de Griesinger, sur lequel ont insisté surtout Jansen et Körner). Il est évident que si l'on n'intervient pas, un abcès de « Citelli » peut faire suite à cet œdème inflammatoire. Ce sont des étapes différentes du même processus. Plus fréquemment encore l'abcès périsingien atteint la base crânienne et s'extériorise par la voie préformée de la partie inférieure de la suture temporo-occipitale, même s'il n'y a pas de déhiscences, les bords de cette suture n'étant pas encastrés entre eux. Le pus endocrânien, pour se faire jour à l'extérieur, suit de préférence les voies préformées. Tout cela est évident, désormais acquis, et prouve que contrairement à l'opinion de Mouret et Seigneurin, les abcès provoqués par une périsingite ou par un abcès extradural, et ressemblant aux abcès de Bezold, ne sont pas chose rare.

Si l'on trouve des lésions osseuses d'une certaine importance



dans le quadrant postéro-inférieur de la mastoïde, ces lésions peuvent être secondaires à l'abcès extradural. Il n'est pas toujours facile de voir dans ces deux lésions, extradurale et osseuse, laquelle a précédé l'autre. Je pense que de nombreux cas de Bezold avec abcès extradural, ne sont pas autre chose que des abcès de « Citelli » (cas de Bench, Gruering, etc.).

CONCLUSION. — Ni la symptomatologie, ni l'anatomie pathologique, ni les lésions opératoires ne justifient la création de mastoïdites postéro-inférieures, et même postérieures. Les mastoïdites sont presque toujours des mastoïdites diffuses ou des pan-mastoïdites ; il en existe un nombre infini de variétés qu'il n'est pas possible ni opportun de diviser et subdiviser en une infinité de groupes. Mais au cours de l'intervention, on tiendra compte de l'existence fréquente dans l'angle postéro-supérieur de la mastoïde d'une cellule aberrante infectée, séparée de l'antre par de l'os cellulaire d'aspect sain, cellule que j'ai étudiée tout particulièrement. On ne la peut diagnostiquer avant l'opération ; on doit curetter en haut et en arrière si l'on a constaté un point plus douloureux à la pression, dans cette région. Celui-ci est dû le plus souvent à une périsinusite ou à la cellule en question infectée. Lorsque cette cellule est malade, on parlera de mastoïdite avec cellulite aberrante postéro-supérieure, comme l'on parlera de mastoïdite avec cellulite de la squame temporale, de l'occipital ou du pariétal, si ces os sont infectés. On devrait par conséquent supprimer toutes les subdivisions de mastoïdites, même les mastoïdites de la pointe ou de Bezold, puisque là aussi il s'agit de mastoïdite diffuse ou de pan-mastoïdite. On ne parlera d'abcès de Bezold que si la mastoïdite avec empyème de la pointe a provoqué, par le mécanisme signalé par Bezold, un abcès de la partie haute du cou, au-dessous du sternocleido-mastoïdien. On peut parler d'abcès de « Citelli », moins fréquent, lorsqu'à l'intervention on a établi qu'un abcès extradural de la fosse cérébelleuse a provoqué, à travers des voies préformées (canaux mastoïdien, parastylomastoïdien, partie basale de la suture temporo-occipitale, déhiscence ou non) ou par trajets fistuleux osseux, un abcès cervical analogue à celui de Bezold.

Je crois que là est la nomenclature la plus simple, la plus pratique, la plus exacte, répondant le mieux aux données cliniques et anatomopathologiques.

Traduit par LAPOUGE.

## BIBLIOGRAPHIE

1. CITELLI. — Sur une cellule spéciale de l'apophyse mastoïdienne, mai 1901. *Archivo italiano di otologia*, vol. XI, p. 393.
2. — A propos d'une cellule spéciale de la mastoïde, octobre 1901. *Arch. ital. ot.*, vol. XII, p. 77.
3. STANCULEANU ET DEPOUTRE. — Etude anatomique et pathogénique des groupes cellulaires postérieurs. *Annales des maladies de l'oreille*, octobre 1901.
4. CITELLI. — Sur la présence d'une vaste cellule mastoïdienne postéro-supérieure suppurée. *Archivo ital. di Otologia*, vol. XIII, p. 166.
5. CALICETI. — *Gazette des hôpitaux et des cliniques*, n° 56, ann. 1918.
6. — *Bollettino delle malattie d'orecchio*, avril 1920.
7. CITELLI. — *Trattato de oto-rhino-laringoiatria*, 1920. Unione tipografica editrice Torino.
8. CARLO BRUZZONE. — *Oto-rino-laringoiatria di guerra*, p. 28-29, Stabilimenti liguri d'ortigrafiche.
9. RIMINI. — XVIII<sup>e</sup> Congresso italiano d'oto-rino-laringologia. Ravenna 1921.
10. CITELLI. — Sur une pathogénie nouvelle de l'abcès de Bezold, etc. *Arch. ital. d'otologia*, 1901, t. XI, p. 461.
11. — — — 1903, t. XV, p. 58.
12. — Die Wichtigkeit vorgebildeter anatomischer Wege für die Ausbreitung kraniieller Eiterungen nach aussen. *International. Zentralblatt f. ohrenheilkunde*, 1908, t. VI, p. 29.
13. — Un cas d'abcès de la pointe avec un abcès profond du cou, dû à une périsinusite. *Annales des maladies de l'oreille*, 1909, t. XXXV, p. 206, 1<sup>re</sup> partie.
14. STRAZZA. — Contributo ai criteri diagnostici della perisinusite del seno latérale. *Archiv. ital. d'otologia*, t. XIV, p. 479.
15. URBANTSCHITSCH (E.). — Analyse dans les *Annales des maladies de l'oreille*, 1906 p. 472, 2<sup>e</sup> partie.
16. LEIDIER. — *Arch. für Ohrenheilk.*, t. LXXV, p. 14, 1908.
17. CALAMIDA. — Contributo clinico agli accessi cervicali otitici. Atti del XIII Congresso ital. di oto-rino-laringologia, parte 2<sup>e</sup>, p. 218-219 (cas n° 1 et p. 221-223, cas 1, 2, 3, 4 et 8).
18. — Accessi del collo di origina otitica (Rapport). Atti del XIII Congresso ital. d'oto-rino-laringologia.
19. JACQUES. — Sur le drainage pharyngien des suppurations craniennes d'origine otitique. *Annales des maladies de l'oreille*, t. XXXIX, p. 521, 1913.
20. BONDY. — *Zeitschrift f. Ohrenheil.*, t. LXXVIII, fasc. 3, 4, p. 58 della bibliographia.
21. ECKHARDT. — *Zeitschrift f. Hals und Ohrenkrankheiten*, t. II, p. 260.

## LES TUMEURS MIXTES DU PROLONGEMENT PHARYNGIEN DE LA PAROTIDE

Par **Henry PROBY** (Lyon).

---

(Mémoire reçu le 13 novembre 1923)

---

Les observations de tumeurs du prolongement pharyngien sont extrêmement rares. Les recherches bibliographiques que j'ai effectuées, à propos d'une observation publiée dans ces *Archives* en juin 1923, ne m'ont permis de recueillir que quelques cas. J'ai voulu les réunir, et en faire une étude d'ensemble, en montrant comment la situation anatomique du prolongement pharyngien expliquait l'aspect clinique si particulier des tumeurs.

L'observation que j'ai déjà publiée était absolument schématique. La malade entra dans le service de M. le D<sup>r</sup> Lemaître où je pus la suivre jusqu'à sa mort et où le diagnostic fut établi par la biopsie, de nombreux examens histologiques, et vérifié par l'autopsie. Je suis heureux de remercier M. le D<sup>r</sup> Lemaître de m'avoir conseillé et guidé dans mes recherches.

Dans l'étude des tumeurs mixtes du prolongement pharyngien il y a deux éléments : la tumeur mixte avec ses caractères histologiques et son embryologie si discutée ; la localisation au prolongement pharyngien, avec ses caractères anatomo-cliniques si particuliers.

J'ai dû empiéter un peu sur l'étude des tumeurs mixtes, pour faire un tableau d'ensemble.

**HISTORIQUE.** — Les tumeurs du prolongement pharyngien de la parotide sont rares. Rombeau en 1838, dans le *Bulletin* de la Société anatomique, aurait, paraît-il, signalé la destruction de la paroi latérale du pharynx dans les tumeurs mixtes de la parotide. Le fait est signalé dans le *Dictionnaire Dechambre* sans que les recherches bibliographiques dans le *Bulletin* de la Société anatomique permettent de retrouver trace de cette communication. PÉRIER, en 1886, rapporte une observation et les heureux résultats opératoires de l'extirpation par voie buccale ; MIXTER en

Amérique, en 1896, apporte deux observations nouvelles; SERTOLI enfin, en 1909, décrit un cas analogue. Ces quatre observations sont les seules que nos recherches nous aient fait découvrir malgré les déclarations de Bosworth citées par Mixter. D'après cet auteur, sept observations semblables existeraient dans la littérature médicale.

ANATOMIE. — L'aspect clinique de la tumeur du prolongement pharyngien s'explique par ses connexions anatomiques. Cette variété est rare car le prolongement n'existe pas toujours : sept fois sur 12 pour Richet, une fois sur 8 pour Gilis.

Il a une forme conique à sommet interne à base large ou grêle. Il s'insinue en avant de l'aileron pharyngien et se trouve compris dans l'espace sous-glandulaire antérieur ou maxillo-pharyngien. L'orifice, par lequel passe le prolongement, a été l'objet de descriptions si différentes que l'on signalera brièvement sa constitution suivant les auteurs.

On sait que schématiquement la paroi postérieure de la loge parotidienne peut être divisée en deux segments :

Un *segment externe*, os revêtu d'un muscle de chaque côté : mastoïde avec sterno et digastrique par leur bord antérieur ;

Un *segment interne*, l'apophyse styloïde et le bouquet de Riolan, bouquet fibro-musculaire (muscles stylo-hyoïdien stylo-glosse et stylo-pharyngien et ligament stylo-hyoïdien accolé au muscle s'insérant sur la petite corne de l'os hyoïde; enfin le ligament stylo-maxillaire que l'on décrira plus longuement, car il limite un des côtés de l'orifice par où passe le prolongement pharyngien).

ANATOMIE DU LIGAMENT STYLO-MAXILLAIRE. — Pour Poirier il prend naissance au sommet de la styloïde et se dirige obliquement en bas et en avant, s'insérant en bas sur le bord postérieur de la branche montante près de l'angle. Pour Gilis il y a trois variétés de fibres ; une variété ayant la direction précédemment décrite : des fibres *externes* s'épanouissant sur le digastrique et le sterno-mastoïdien et contribuant à former la banderlette maxillaire ; des fibres *internes* se recourbant au niveau de la face interne de la branche montante du maxillaire pour s'unir au ligament sphéno-maxillaire. Tous ces muscles et ligaments partent d'une même base, l'apophyse styloïde, pour aller ensuite dans des directions différentes ; ils forment ainsi un véritable éventail, un *diaphragme musculo-fibreux*, un rideau tendu non pas horizontalement mais obliquement en bas en dedans et en avant de la styloïde, à l'angle maxillaire et au pharynx, occupant



l'espace libre, situé sous la parotide. Ce diaphragme n'est pas en rapport sur tous ses points avec la parotide.

On peut décrire à ce point de vue deux portions séparées par le muscle stylo-glosse :

La *portion interne*, c'est-à-dire le stylo-pharyngien et l'aponévrose stylo-pharyngienne est, en dedans de la région parotidienne *dans l'espace sous-parotidien*, qu'elle divise en espace sous-parotidien antérieur et postérieur ; la *portion externe* comprend de dehors en dedans le ligament stylo-hyoïdien ; le muscle stylo-hyoïdien, le muscle stylo-glosse. Cette disposition existe bien à la partie toute supérieure de la région mais un peu plus bas le ligament stylo-maxillaire est en avant des deux muscles, en étant plus oblique. En arrière de lui on trouve à découvert le stylo-hyoïdien, et masqué en partie, le stylo-glosse.

Il faut donc que la parotide recouvre les muscles pour atteindre le ligament. Celui-ci *limite la paroi postérieure* de la région à la partie profonde.

C'est le point sur lequel il faut insister, car c'est au niveau du bord interne de la loge, dans l'interstice laissé libre entre les deux ligaments stylo-maxillaire en arrière et sphéno-maxillaire en avant, que se trouve l'*orifice* par lequel passe le prolongement pharyngien, espace pré-stylien de Gilis, espace stylo-ptérygoïdien de J.-L. Faure faisant communiquer la loge parotidienne avec les espaces sous-parotidiens.

C'est une fente allongée dans le sens vertical, limitée par la base du crâne en haut, et par des fibres unissant les deux ligaments, en bas.

DISPOSITION DE L'APONÉVROSE. — Comment l'aponévrose parotidienne tapisse-t-elle cet orifice ? Différentes conceptions ont été émises :

1° Pour les classiques, Testut, l'aponévrose cervicale superficielle se dédouble en deux feuillets, superficiel et profond, tapissant les deux faces de la glande. Le sac aponévrotique est perforé au niveau du prolongement pharyngien qui se trouve *dépourvu de tout revêtement aponévrotique* ;

2° Pour Sébilleau, J.-L. Faure, Gilis il y a deux aponévroses :

a) Une aponévrose de l'excavation, sac parotidien superposable comme trajet à l'aponévrose des classiques mais de constitution différente.

En dehors et au niveau du pôle inférieur, c'est l'aponévrose cervicale superficielle qui revêt la loge ; en arrière, c'est l'aponévrose des muscles styliens, et en avant l'aponévrose du ptéry-

goïdien interne. Le sac aponévrotique est ouvert au niveau de l'espace pré-stylien, dans toute sa hauteur pour Sébileau et Gilis ; dans sa partie supérieure seule pour J.-L. Faure, laissant passer le prolongement parotidien, l'aponévrose remontant jusqu'à la partie moyenne de la styloïde ;

b) Une aponévrose parotidiennne proprement dite toile celluleuse sans orifice, revêtant complètement le prolongement pharyngien ;

3° Pour Poirier il n'y a qu'un feuillet aponévrotique, c'est la capsule parotidienne correspondant à la toile celluleuse déjà décrite comme aponévrose parotidienne propre. Elle est renforcée par la bandelette maxillaire et le ligament sphéno-maxillaire.

RAPPORTS IMMÉDIATS DU PROLONGEMENT PHARYNGIEN. — Le prolongement pharyngien ainsi délimité, présente dans l'espace pré-stylien des rapports importants. *En avant*, avec l'artère maxillaire interne, et ses premières branches, en particulier la ménagée moyenne avec les veines issues du plexus ptérygoïdien, confluent de Trélat, le nerf maxillaire inférieur et ses branches auriculotemporale, dentaire inférieur, linguale recevant la corde du tympan, ganglion otique. Les rapports sont variables suivant le volume du prolongement. S'il est *petit*, l'extrémité atteint à peine les bornes de la région parotidienne.

S'il est considérable, le sommet bute contre le *pharynx* et la *région amygdalienne*.

En effet, en temps normal, la *face externe de l'amygdale* répond à l'espace préstylien.

Du tissu graisseux contenant le nerf lingual, et une portion de la glande sous-maxillaire se trouvent entre le ptérygoïdien interne et la paroi pharyngienne. C'est là qu'il faut situer la projection exacte *des deux tiers antérieurs* de la face externe (angle antéro-inférieur de la loge) le *tiers postérieur* répond d'avant en arrière au muscle stylo-glosse, au muscle stylo-hyoïdien, à la carotide externe dans l'interstice des deux muscles, au nerf glosso-pharyngien, et à la faciale (courbe quelquefois au contact de l'angle postéro-inférieur).

Or le prolongement pharyngien repose *en arrière* sur le diaphragme stylo-pharyngien dans la constitution duquel entrent les deux muscles précédemment cités, en rapport avec l'amygdale. On conçoit facilement, qu'en cas d'augmentation de volume, de dégénérescence, l'étape est franchie, et le prolongement en rapport avec l'amygdale, peut même prendre sa place, la repousser ou la détruire, et simuler une tumeur amygdalienne.

Normalement par l'intermédiaire de ce diaphragme, le prolongement pharyngien est en rapport avec l'espace sous-parotidien postérieur à sa partie profonde, et par conséquent avec la carotide interne, des ganglions, les nerfs pneumogastrique et glosso-pharyngien.

Les nerfs sympathiques et grand hypoglosse sont trop en arrière, et n'ont aucun rapport avec lui. A ce niveau l'amygdale n'est plus en question, l'espace sous-parotidien et la carotide interne, étant en dehors et en arrière d'elle, sans aucun rapport de voisinage, malgré l'opinion de quelques auteurs.

En cas de modifications pathologiques des régions, tous ces rapports peuvent être naturellement bouleversés.

Ces notions anatomiques étaient nécessaires, car seules elles permettent de comprendre les symptômes des tumeurs du prolongement pharyngien.

### Etiologie et Symptômes.

L'étiologie est la même que celle des tumeurs mixtes ordinaires ; on les voit de préférence chez l'homme et chez les sujets relativement jeunes. L'évolution est lente.

AU DÉBUT, la tumeur peut se manifester par une saillie pharyngée sans tumeur parotidienne externe (Obs. II, III, IV). Il peut y avoir alors de la gêne de la déglutition (Obs. IV). Quelquefois la tumeur parotidienne apparaît plusieurs années avant la tumeur pharyngée (5 ans, obs. I). Enfin tumeurs pharyngée et parotidienne peuvent être presque concomitantes (Obs. personnelle).

A LA PÉRIODE D'ÉTAT, la tumeur est située entre les deux piliers (Obs. II) soulevant le pilier antérieur (Obs. I), débordant même la ligne médiane, et reposant sur la base de la langue (Obs. III). L'amygdale est refoulée (Obs. IV), la luette peut être déviée, l'isthme du gosier rétréci, enfin la tuméfaction peut soulever le voile membraneux.

La palpation de la région parotidienne peut montrer la présence d'une tumeur, dont les mouvements provoqués sont communiqués à la tumeur pharyngée. De plus la mobilisation de la tumeur externe attire les piliers du voile en dehors (*Signe des piliers*).

A cette période, la phonation et la respiration sont gênées, contrairement à la période de début, où seule la déglutition est troublée.

A UNE PÉRIODE PLUS AVANCÉE, la tumeur parotidienne repous-

sant mécaniquement les téguments devant elle, peut les ulcérer. Une biopsie pratiquée au niveau de l'ulcération, permet alors de constater microscopiquement des éléments néoplasiques (Obs. personnelle). C'est la période terminale rapidement mortelle.

Les ganglions sont intra-parotidiens et sont difficilement perceptibles, et la glande elle-même paraît de volume normal sans modification de consistance.

### Diagnostic.

*Au début*, il faudra éliminer les tumeurs de l'amygdale : bénignes, (polypes rares) ; malignes.

*Le sarcome* : la tumeur est volumineuse, augmente rapidement de volume et s'accompagne de ganglions sous-angulo-maxillaires d'abord, puis cervicaux (à ne pas confondre avec une tumeur parotidienne simulant une adénite).

*Le lymphadénome* : la tumeur est bilatérale, les amygdales sont très volumineuses, bosselées, grisâtres, augmentant très rapidement de volume, occupant tout le pharynx. A cette période on trouve alors des tumeurs de même nature au niveau de la rate et des ganglions.

Le diagnostic sera fait également avec *l'épithélioma du pharynx* baso ou spino-cellulaire, surtout la forme latente où le premier symptôme, est l'apparition derrière l'angle de la mâchoire d'une volumineuse tumeur ganglionnaire, que l'on peut prendre pour une tumeur parotidienne. Il faudra rechercher l'infiltration dure, ou l'ulcération au niveau de l'amygdale et du sillon amygdalo-glosse.

Enfin il ne faut pas négliger de faire la laryngoscopie et la rhinoscopie postérieure, pour dépister un cancer naso-pharyngien ou rétro-laryngien propagé, ou un cancer de la base de la langue. Éliminer ensuite *le cancer du maxillaire inférieur*, en entendant par là la dégénérescence épithéliale au niveau de la muqueuse du bord alvéolaire du maxillaire inférieur ou de la paroi de la voûte palatine. Les douleurs sont violentes et précoces, il y a des bourgeons saignants au niveau des alvéoles.

*A la période d'ulcération*, il faut éliminer les mêmes tumeurs ulcérées de l'amygdale ou du pharynx. Certaines pouvant coexister avec une tumeur mixte de la parotide en y ajoutant la *tuberculose* dont les caractères sont bien nets et la *syphilis* soit sous forme de chancre de l'amygdale, soit sous forme de gomme ulcérée (syphilis et cancer pouvant coexister) (Obs. personnelle). La



biopsie, le traitement spécifique, le Wassermann permettront seuls le diagnostic.

### Anatomie pathologique.

Les tumeurs du prolongement pharyngien peuvent être rattachées entièrement à celles de la parotide elle-même. La question ayant été très discutée, il est intéressant de donner un rapide résumé des conceptions actuelles.

Bien des travaux ont paru sur l'anatomie pathologique des tumeurs mixtes. On s'appuiera sur les travaux de Cunéo et Veau, Forgue, Massabuau, Vignard et Mouriquand et tout récemment sur l'étude très documentée de Georges Roux (thèse 1921).

« Les tumeurs mixtes de la parotide sont des tumeurs à tissus multiples, encapsulées, indépendantes de la glande histologiquement ».

On trouve à la coupe :

A) des éléments conjonctifs, tissu muqueux, fibreux ou cartilagineux, rarement osseux ou adipeux);

B) des éléments épithéliaux qui se présentent sous des aspects bien différents. Ce sont :

1° Les cellules malpighiennes en amas, d'aspect très net, ou prenant l'apparence de cellules atypiques (cellules indifférentes), ou subissant la transformation cornée.

2° Les globes épidermiques, soit ébauchés, soit typiques, avec un centre de cellules dégénérées cornées, ou à aspect colloïde.

3° Les cordons, ou amas de cellules épithélioïdes basales, avec parfois des cellules bordantes à cellules hautes cubiques, comparables à celles de la couche basale des épithéliums pavimenteux stratifiés.

Ces cellules ne sont pas des cellules cancéreuses. On ne retrouve ni polymorphisme, ni formes colossales avec noyaux irréguliers, ni divisions cellulaires.

4° Les pseudo-tubes glandulaires : cavités irrégulières comblées par une substance plus ou moins homogène, et bordées par des cellules cubiques ou cylindroïdes à noyau central, à limite nette du côté de la lumière, et irrégulière à la périphérie, les éléments ne seraient pas des acinis modifiés, mais des phénomènes de dégénérescence muco-hyaline au sein d'amas épithéliaux. En grand nombre, ils donnent à la tumeur l'aspect du cylindrome.

5° Les tubes adénomateux, tubes tapissés d'une rangée de cellules pyramidales à gros noyau basal, à protoplasma finement

granuleux au sommet de la cellule. Ce sont des acinis parotidiens d'aspect normal ou adénomateux, prenant parfois l'aspect d'un canal excréteur des glandes salivaires. Ces éléments se rencontrent rarement, mais sont à distinguer absolument des pseudotubes glandulaires déjà décrits.

C) Les cellules indifférentes si discutées, prises et reprises comme preuves par les partisans des théories rivales, épithéliale ou conjonctive.

Elles sont remarquablement atypiques. On peut les considérer comme des cellules épithéliales, d'origine ectodermique. Cette hypothèse s'appuie « sur la présence d'amas malpighiens avec filament, de kystes épidermoïdes, de globes épidermiques, de foyers de dégénérescence muco-hyaline, de dispositions semblables à celles des épithéliomas à cellules basales et les rapports de continuité histologique indiscutables que ces cellules indifférentes présentent avec ces formations. L'aspect de pseudo-endothéliome s'explique, par des phénomènes d'infiltration des éléments épithéliaux, dans le tissu conjonctif ».

Il s'agit d'un tissu malpighien très évolutif sans signes de dégénérescence maligne, au début tout au moins.

En résumé deux formations cellulaires sont en présence, émancipées soit du tissu conjonctif, soit du tissu épithélial. Un troisième élément leur sert de trait d'union, les cellules indifférentes.

Les éléments conjonctifs et épithéliaux ont les mêmes caractères d'activité prolifératrice propre, de désorientation cellulaire dans une tumeur bénigne. Ils vivent côte à côte solidaires mais non subordonnés « les tumeurs mixtes sont donc essentiellement conjonctivo-épithéliales ».

### Pathogénie

En partant des faits, deux notions paraissent démontrées.

Les tumeurs mixtes ne viennent pas des épithéliomes salivaires adultes. Leur structure diffère de celle de la parotide et n'est pas en continuité avec elle.

Ce sont des dysembryomes dus à une inclusion.

De quelle inclusion s'agit-il ? A quelle époque s'est-elle produite ? Trois hypothèses sont en présence.

1° *Théories nodale et blastomérique.* — Théories différentes mais se complétant et proches l'une de l'autre.

D'après Bard, l'ovule fécondé, en se multipliant, donne des cellules contenant d'abord les germes d'un organisme complet, puis

ensuite ceux d'un ensemble de tissus. Ce sont les cellules nodales, force dormantes, qui, incluses au sein des tissus, pourront être l'origine d'une tumeur mixte. S'il s'agit d'une cellule proche du type ovulaire la tumeur sera très complexe, tératoïde. Si elle en est éloignée, la tumeur sera d'autant plus simple que la cellule est plus différenciée.

Roux constate qu'en détruisant une partie déterminée de la morula d'une grenouille, le blastomère non détruit, donne naissance à un héli-embryon. Un blastomère inclus évoluant tardivement, pourra donner une tumeur mixte.

Ces deux théories ont été invoquées par Forgue, Chevassu, pour les tumeurs mixtes du testicule, par Forgue et Massabuau pour les tumeurs complexes du cou.

2° *Théorie branchiale de Cunéo et Veau.* — « Les tumeurs mixtes, seraient le résultat de la prolifération des débris embryonnaires, inclus dans les tissus, au moment de la régression des arcs branchiaux. »

D'après Veau, au moment de la régression des arcs, l'arc maxillaire inférieur devient prépondérant, surplombant l'arc hyoïdien, situé au-dessous, et séparé de lui, par la première fente branchiale.

Cette fente disparaît de façon différente en haut et en bas.

En haut, dans la région parotidienne, l'arc maxillaire se soude à la masse proto-vertébrale, par-dessus l'arc hyoïdien refoulé dans la profondeur. Cette union donne le sillon parotidien. Les téguments de l'arc hyoïdien sont donc entièrement inclus sous le premier arc. Ce sont ces débris qui formeront les tumeurs mixtes, et sembleront développés dans sa profondeur.

En bas, l'arc maxillaire inférieur se soude à l'arc hyoïdien. Les débris inclus donneront les épithéliomas branchiaux et les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire.

Cette théorie est très séduisante, expliquant les rapports des tumeurs avec la glande à son contact et la présence des tissus multiples.

Reclus, Le Dentu, Chevassu l'ont adoptée. Elle ne paraît pas cependant devoir être acceptée d'une façon absolue à la suite des recherches de Vialleton, Forgue et Massabuau. Chez l'homme les arcs branchiaux sont éphémères, ils ont déjà disparu chez des embryons de 14 millimètres (Soulier et Bardier), et leurs parties constituantes se disloquent de bonne heure. Or la théorie de Veau se base sur des constatations faites sur des embryons de plus de 14 millimètres. De plus le premier arc viscéral, ne peut venir se

souder à la masse proto-vertébrale par-dessus le deuxième. Donc il n'y a pas d'enclavement du premier sillon branchial.

En effet la partie centrale du premier sillon est trop éloignée de la région proto-vertébrale. La première proto-vertèbre est bien au-dessous de la région du premier arc viscéral. Enfin le muscle sterno-mastoidien s'interpose entre le maxillaire et la masse proto-vertébrale.

Chevassu a répondu à ces arguments, que malgré son existence éphémère, l'appareil branchial peut laisser des débris dans les régions sous et rétro-maxillaires, point de départ de tumeur mixte.

Il faut reconnaître à la théorie branchiale la valeur d'une hypothèse au même titre qu'aux théories nodale et blastomérique.

3° *Théorie des germes glandulaires embryonnaires.* — C'est une théorie déjà ancienne lancée par Pitance (1897) décrite par Wilms (1902) et adoptée par Massabuau. Les glandes salivaires viennent du bourgeon ectodermique. Certains foyers inutilisés de cellules de ce bourgeon, pourraient proliférer et être l'origine des tumeurs mixtes. Le bourgeon embryonnaire, ébauche de la parotide, s'échappe de l'ectoderme vers la 8<sup>e</sup> semaine. C'est lui qui doit constituer la muqueuse bucco-pharyngée. Les cellules sécrétantes de la glande viendront, des cellules ectodermiques, et le stroma, du mésenchyme entraîné au cours du bourgeonnement. Des cellules restées à l'état de germes et développées plus tard, pourront donner: de l'épithélium pavimenteux stratifié (puisqu'elles naissent de l'épithélium buccal), des cellules à type glandulaire (le parenchyme parotidien étant formé par elles), des éléments conjonctifs, puisque parmi elles se trouvent des cellules mésenchymateuses entraînées, pouvant donner, comme le dit Reltères, tous les tissus de la série connective par différenciation. La preuve manque pour la parotide, ou ces éléments n'ont pas été retrouvés, chez l'embryon ou l'adulte, mais leur existence est prouvée dans le rein, la thyroïde, le pancréas.

Cette théorie explique la présence de tissus multiples, leurs rapports, l'intrication, la continuité des éléments glandulaires et pavimenteux, leur siège variable (parotide ou prolongements). Elle est déjà démontrée pour certains adénomes de l'ovaire, certaines tumeurs mixtes du testicule et celles de la glande mammaire (Wilms et Lecène).

Les théories nodales et blastomériques ne peuvent nous expliquer l'absence de tumeur mixte, dans toutes les régions de l'organisme, et la présence de tumeurs, dues à un vice de dévelop-



pement au premier stade embryonnaire, situées dans une région si précise à un moment où aucun organe n'est formé.

Quelle que soit la théorie que l'on adopte, l'origine embryogénique des tumeurs mixtes de la parotide paraît bien établie. Ce sont des dysembryomes.

Le moment où s'est effectué le vice de développement, conditionne le degré de complexité histologique de la tumeur. Plus la défectuosité architectonique sera près de l'ovule, plus les tissus seront multiples et bien différenciés.

On peut ainsi établir une échelle de complexité croissante, depuis le tératome jusqu'au simple nœvus.

Ces formations, partant d'un même type, doivent obéir aux mêmes lois. On retrouve la conception de Conheim. Le même processus régira les éléments inclus évoluant vers la néoplasie, qu'ils soient blastomères, germes d'arcs viscéraux ou germes glandulaires.

On pourra donc les classer, comme le font Letulle et Nattan-Larrier en :

1° Monstres et tératomes contenant des organes reconnaissables, dus à une inclusion très précie ;

2° Tumeurs tératoides (embryomes kystiques et embryomes proprement dits de Wilms) ; moins complexes mais contenant des produits de trois feuilletts ; tissus sans relation avec ceux de la région où elles se développent. La théorie blastomérique peut en donner une explication satisfaisante ;

3° Tumeurs mixtes salivaires, dont le type est la tumeur mixte du groupe salivaire, renfermant des tissus, siégeant normalement dans la région qu'elles occupent. Le vice de développement a porté sur quelques parcelles de tissus de la région du cou et n'intéresse plus un germe d'embryon. Ce sont des enclavomes (Chevassu) ;

4° Les tumeurs simples comme les nœvi, les épulis, vice de développement au moment de la formation des téguments.

Donc les tumeurs de la parotide et les tumeurs mixtes parasalivaires, sont l'expression d'une malfaçon plus tardive que le stade blastomérique. C'est un accident au cours du remaniement céphalique, une inclusion, mais c'est moins une tumeur de la glande salivaire qu'une tumeur de la région parotidienne, un régionome.

TRAITEMENT. — Il est subordonné au stade clinique de la tumeur.

Au début l'ablation par voie buccale entre les piliers, donnera

de bons résultats. Il sera bon de combiner l'exérèse chirurgicale avec la radiothérapie profonde post-opératoire.

Il est difficile de donner une technique bien réglée de l'intervention. Elle s'inspirera du siège et du volume du néoplasme en décollant les piliers et le voile, de la tumeur suivant la zone de clivage.

OBS. I. — (Ch. PÉRIER, in *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1886, p. 364). — Il s'agissait d'un jeune homme de 28 ans qui pendant cinq ans eut des troubles pharyngés occasionnés, semblait-il, par une hypertrophie de l'amygdale droite.

L'ablation en fut pratiquée sans résultat.

Ce n'est donc que cinq ans après le début que le malade ressentit des douleurs s'irradiant à la tempe et dans l'oreille.

A ce moment on constata la présence d'une tumeur soulevant le pilier antérieur et faisant saillie également au niveau de la région parotidienne.

L'ablation par voie buccale fut exécutée. La tumeur était énucléable, adhérait au niveau de l'apophyse ptérygoïde et remontait dans la fosse zygomatique. Les résultats immédiats furent parfaits. Les suites ultérieures ne sont pas connues.

OBS. II. — *Tumeur de la parotide apparue dans la région pharyngée* (S. J. MIXTER, in *Boston medic. on surg. Journal*, 6 février 1896, p. 137). — J.-J. W.-H..., machiniste, entre à l'hôpital général de Massachusetts le 6 septembre 1894; n'avait pas de troubles apparents de la gorge, consulta pour un coryza; un médecin découvrit la tumeur pharyngée. A l'examen, on aperçoit une masse ronde aussi grosse qu'une olive, dans la partie gauche et supérieure du pharynx, apparemment située entre les piliers du voile. La palpation n'est pas douloureuse. La consistance est élastique et ferme.

*Intervention.* — Anesthésie à l'éther. Incision transversale à travers la muqueuse au-dessous de la tumeur, formant une masse solide qu'on peut facilement énucléer des tissus voisins.

La tumeur qui semblait du volume d'une olive s'étendait beaucoup en arrière derrière l'angle de la mâchoire et avait le volume d'un œuf de poule. On peut facilement la cliver avec les doigts et la dissection au crochet.

Le malade guérit.

*Examen anatomo-pathologique* (Dr Whitney). — Tumeur ovale et irrégulière de 5 centimètres de diamètre environ, dense, opaque, blanchâtre avec çà et là des points blanc-bleuté tout à fait transparents.

Microscopiquement la tumeur est constituée par des plages glandulaires irrégulières, séparées par du tissu, remplies plus ou moins de matière hyaline avec des cellules étoilées et irrégulières.

Il s'agit probablement d'un adéno-chondrome de la parotide.

OBS. III. — (S.-J. MIXTER, même indice bibliographique). — M<sup>me</sup> C..., 35 ans, malade du Dr Hitchcock de Roklande. Opérée le

29 septembre 1893. Elle présentait une tumeur pharyngée qui avait augmenté lentement de volume depuis plusieurs années. Depuis quel que temps la tumeur avait pris un développement considérable, gênant la parole et la déglutition.

L'examen révèle une masse se projetant du pilier gauche sur l'isthme du gosier, s'étendant presque transversalement au delà de la ligne médiane et reposant sur la langue. Cette masse est dure, nodulaire, recouverte d'une muqueuse souple.

Le diagnostic fut facile, par analogie avec le cas précédent.

*Intervention.* — Anesthésie générale à l'éther, difficile à cause du volume de la tumeur, emplissant presque entièrement la bouche. Incision à travers la muqueuse au bas de la tumeur. Le manche du bistouri servit à repousser en arrière les parties molles qui la recouvraient. On saisit la tumeur avec une pince à valves et on l'énuclée avec les doigts. Un léger effort la libère complètement.

Petite hémorragie. Pansement de la plaie à la gaze iodoformée. Guérison rapide.

*Examen anatomo-pathologique*, Dr WHITNEY. — La tumeur était en forme de cœur, ayant à peu près 2 cm. 1/2 de diamètre.

Microscopiquement elle est composée de cartilage hyalin avec du tissu glandulaire évidemment issu de la parotide et proliférant à travers le cartilage.

Dans ces 2 cas, quand le doigt était au fond de la cavité au niveau de l'angle de la mâchoire, on sentait la carotide externe et l'apophyse transverse de la vertèbre cervicale.

Les tumeurs cartilagineuses de la parotide se manifestent généralement par une tuméfaction externe, en avant ou au-dessus de l'oreille, ou souvent sur la région jugale près de la bouche. Quand elle part d'une portion de glande les tumeurs siègent quelquefois en avant de cette portion glandulaire.

Comment peut-on cependant expliquer leur présence dans la bouche, et pourquoi sont-elles recouvertes du voile du palais. Il faut se rappeler qu'un des prolongements de la glande est situé en avant de l'apophyse styloïde et passe en arrière de la cavité glénoïde et de l'articulation de la mâchoire inférieure.

Une tumeur débutant en ce point rencontrera moins de résistance à faire issue dans la bouche qu'à l'extérieur.

Bosworth dans son ouvrage sur les maladies du nez et de la gorge dit qu'il existe 7 observations dans la littérature médicale de tumeurs fibreuses se développant dans la région de l'isthme du gosier. Ces 7 cas qu'il relate longuement semblent correspondre presque exactement aux 2 cas cités plus haut. Comme le diagnostic de fibrome a été fait dans presque tous les cas, il semble bien probable que presque tous, sinon tous, étaient des tumeurs venant de la parotide, certaines étant des enchondroïnes et non des fibromes.

Obs. IV. — *Volumineuse tumeur mixte du prolongement pharyngien de la parotide, extirpée par voie buccale* (A. SERTOLI, travail original de la Clinique chirurgicale de l'Université de Pise publié sous la direction du professeur Cecci, in *Riforma Medica Napoli*, 22 novembre 1909, n° 47. Anno XXV, p 1289). — Dans un des travaux de

mes récentes publications *Contribution anatomo-pathologique à l'étude des tumeurs mixtes salivaires*, il y a 1 cas de tumeur mixte du prolongement pharyngien, qui mérite une mention spéciale car il démontre la possibilité de l'extirpation buccale.

Cette intervention en effet, permet de délimiter la tumeur sans violence, des tissus voisins, de la circonscrire plus nettement sans léser, ni le pharynx, ni les gros vaisseaux du cou et sans recourir à l'intervention externe de technique dangereuse et difficile.

C'est l'histoire d'une femme de 57 ans, qui vint à la clinique en septembre 1908. Pas d'affections graves dans les antécédents.

Le premier symptôme fut une certaine difficulté de la déglutition, et en examinant la cavité buccale dans une glace, elle constata la présence d'une petite tuméfaction, en rapport avec la loge amygdalienne gauche, indolente et recouverte d'une muqueuse d'aspect sain.

Plus tard, la tumeur augmenta lentement de volume, coïncidant avec une aggravation des troubles de la déglutition.

Pas de troubles auditifs ou respiratoires. Etat général satisfaisant.

A l'examen local, on observait sur la moitié gauche du voile du palais et la loge amygdalienne du même côté, une tuméfaction revêtue d'une muqueuse rouge, un peu portée vers la ligne médiane et en avant de l'isthme du gosier.

Elle était limitée en avant par le palais osseux, en arrière ne dépassait pas la ligne médiane, en dehors, en dedans et en bas elle se perdait vers le pharynx, en rejoignant la base de la langue.

Les piliers étaient un peu masqués à gauche, l'amygdale légèrement augmentée de volume, la luette un peu attirée à droite, l'isthme du gosier réduit presque de moitié.

La palpation du cou montrait une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, qui soulevait la moitié gauche du palais, et la loge amygdalienne correspondante, en s'arrêtant, avant la limite postérieure du palais osseux, débordant en dedans et en dehors vers la partie postérieure et latérale gauche du pharynx nasal et buccal, dont le calibre était un peu rétréci.

La palpation combinée de la région buccale et parotidienne, permettait, de mieux apprécier les limites de la tumeur. Comme la pression dans chaque région, était transmise dans une certaine mesure à la tumeur, il est permis de supposer, qu'elle avait au moins avec chacune d'elle, des rapports de contiguité.

La tumeur présentait une surface irrégulière, bosselée, non douloureuse, de consistance variable, assez dure en quelques points.

L'amygdale, le voile du palais et la paroi pharyngée latérale étaient écartés de la tumeur, qui semblait à son tour douée d'une certaine mobilité. Les choanes n'étaient pas oblitérées.

La respiration, la déglutition et la phonation étaient un peu modifiées chez la malade, qui respirait la bouche à demi-ouverte, et avait de la peine à avaler. La voix avait un léger timbre nasal. Pas de ganglions latéro-cervicaux ou sus-claviculaires.

*Diagnostic clinique.* — Tumeur conjonctive bénigne mixte du prolongement pharyngien de la parotide gauche.

*Opération* (professeur CECCHI). — Anesthésie locale à la cocaïne. Excision de la tumeur par le procédé de Krœnlein par voie pharyngée.



Comme on pouvait parfaitement délimiter la tumeur le professeur Cecci supposa que le néoplasme s'était développé isolé de la glande uniquement en profondeur vers le pharynx. Le cas inverse se constate aussi pour d'autres tumeurs mixtes de la parotide dans la portion externe de la glande, au cours des interventions.

L'opinion du professeur Cecci était basée sur la limite presque parfaite de la tumeur, sa mobilité sous la muqueuse du palais et du pharynx, le développement lent de la tumeur, l'indolence, l'absence de métastases glandulaires et de tumeur parotidienne.

Dans ces cas en effet la tumeur en se développant vers la loge parotidienne repousse la glande du côté opposé à son origine, avec les vaisseaux et les nerfs qui la traversent.

Une capsule conjonctive sépare la tumeur du reste de la glande, qui reste comprise dans son développement. Pourtant la tumeur peut être isolée dans le plan de clivage de sa capsule, et extirpée sans léser ni le facial ni les vaisseaux carotidiens.

Dans le cas présent, l'origine de la tumeur dans le prolongement pharyngien de la parotide était une hypothèse qui s'imposait. Son développement s'effectua dans la cavité du pharynx, repoussant en avant le voile du palais et l'amygdale, en arrière la carotide et la jugulaire interne elles-mêmes en dehors de la loge parotidienne, à l'extérieure la glande avec la carotide et la jugulaire externe. P. Cecci voulut tenter l'extirpation par voie buccale, pour trouver le plan de clivage, s'appuyant sur ce fait que la tumeur bosselée était recouverte par le voile et l'amygdale lui formant comme une capsule, qu'elle était mobile sur le reste de la parotide, et que l'on ne pouvait sentir la carotide sur la face antérieure ou interne.

En effet, la malade ayant été placée en position de Rose, par une simple incision longitudinale de 3 centimètres intéressant la moitié gauche du voile du palais dans toute son épaisseur, il tomba sur la tumeur. L'incision élargie, il isola au moyen d'une spatule, celle-ci, des tissus voisins, découvrant une porte très considérable de la tumeur, pour pouvoir ainsi la prendre avec une griffe de Péan :

Par traction il poursuivit l'isolement en avant, en dedans, en arrière, en bas, faisant surgir ainsi tout le pôle antérieur par l'incision.

La tumeur qui avait des adhérences lâches, sur presque toute sa périphérie, se continuait en haut, en dehors et en arrière vers la loge parotidienne au moyen d'un court pédoncule, qui fut coupé après l'arcipressure. L'isolement fut ainsi fait très vite, et sans accidents, l'hémostase assurée, par un tamponnement de la cavité opératoire.

L'opéré guérit, sortit de la clinique trente-deux jours après et ne présente aujourd'hui aucune récidive.

#### *Examen anatomo-pathologique.*

Poids 43 grammes, forme trapézoïde, grand côté 7 centimètres, hauteur maxima 4 cm  $\frac{1}{2}$ , prolongement pédonculaire long de 1 cm  $\frac{1}{2}$  et large de 5 millimètres. Superficie irrégulière, bosselée. Consistance variable, fibreuse ou cartilagineuse. Revêtement par capsule fibreuse très fine.

A la section le tissu de la coupe n'est pas homogène, au milieu d'un tissu de couleur grisâtre, de consistance fibreuse on constate des îlots plus résistants, d'apparence cartilagineuse.

*L'examen histologique* montre qu'il s'agit d'une hémolympheo-endothéliome de la parotide, à stroma conjonctif polymorphe c'est-à-dire fibro-myxo-ostéo-chondromateux. La partie pédonculaire de la tumeur, qui se dirigeait vers la loge parotidienne est constituée par du tissu conjonctif fibreux, avec quelques rares groupes glandulaires, à caractère parotidiens. Ces groupes restent séparés du tissu de la tumeur, par du tissu conjonctif fibreux large, et ne présentent aucun signe de prolifération.

---

# FAIT CLINIQUE

---

## SUR UN CAS D'OSTÉOME PRIMITIF DU SINUS FRONTAL DROIT

Par **Antonio PIAZZA**

Assistant.

**Travail de la Clinique oto-rhino-laryngologique  
de l'Université royale de Catane.**

Directeur : Professeur CITELLI.

---

*Mémoire reçu le 23 novembre 1923.*

---

Tandis que les tumeurs secondaires des sinus frontaux sont fréquentes, les tumeurs réellement primitives sont très rares. En effet les rapports de développement et de contiguïté qui existent entre ces sinus, le nez et l'ethmoïde, sièges fréquents de néoplasmes, expliquent la facilité avec laquelle les sinus frontaux sont envahis secondairement par la tumeur qui s'accroît.

La pathologie des sinus ne saurait avoir dans ces tumeurs secondaires, l'importance qu'elle a dans les néoplasmes primitifs. Ceux-ci dont on connaît un nombre assez limité de cas, se développent généralement dans la muqueuse de revêtement des cavités sinusales ou dans le périoste interne. On ne peut appeler tumeurs primitives celles qui se développent aux dépens des parois, et qui sont des tumeurs de l'os frontal et non des cavités pneumatiques.

Les tumeurs primitives des sinus du nez sont bénignes ou malignes. Une semblable division n'est pourtant pas absolue, puisque les premières peuvent s'étendre et provoquer des troubles graves, ou subir rapidement une transformation maligne. Ainsi peut-il arriver des chondromes, des ostéomes et des papillomes.

Parmi les tumeurs primitives assez rares des sinus se trouvent

les ostéomes. Jusqu'en 1920 on en a rencontré 88 aux sinus frontaux, 43 à l'ethmoïde, et 11 au sinus maxillaire. Dernièrement le Dr H. Dahmann en a décrit 2 cas, un chez une femme de 27 ans (sinus frontal droit) et un autre chez un homme de 33 ans, implanté sur la lame criblée et saillant dans le sinus frontal droit (le malade succomba à une méningite cérébro-spinale secondaire). Fallas, au Congrès belge de 1921, présenta un cas d'ostéome de l'ethmoïde, à prolongements dans les sinus frontal et maxillaire, opéré il y a huit ans, et non récidivé. Mais il ne s'agit point là d'ostéome primitif des sinus frontaux. Ces derniers sont les sièges de prédilection des ostéomes.

Sur leur étiologie, il y a désaccord entre les auteurs. Arnold les attribue aux séquelles fœtales cartilagineuses, et cette opinion est partagée par plusieurs. Bönninghaus la confirme et prétend que les exostoses des extrémités tirent leur origine des cartilages épiphysaires, et qu'elles se développent, comme les ostéomes, à la puberté.

Virchow croit que les ostéomes se développent dans le diploé de l'os frontal ; cette opinion n'est valable que pour très peu de cas, puisque la plupart de ces tumeurs débutent sur des points osseux privés de diploé (le fronton du frontal, la cloison des sinus frontaux, l'ethmoïde).

Rokitansky croit, par erreur, que l'ostéome est une transformation secondaire de l'enchondrome. D'après Bornhaupt il se développerait au niveau du périoste, sur un terrain embryologiquement anormal. Pour Henrici, les ostéomes se produiraient à la suite d'inflammation ou de traumatismes osseux. Cloquet ayant trouvé d'une part dans le centre d'un ostéome une masse identique à la substance des polypes muqueux, et d'autre part un nodule cartilagineux dans un polype muqueux, admit que la muqueuse des sinus, dans les états inflammatoires, pouvait provoquer par métaplasie, un ostéome du frontal ou de son sinus.

Il n'est point facile de se retrouver dans toutes ces théories disparates. L'étiologie des ostéomes est encore inconnue comme celle de tous les néoplasmes. Nous pensons, cependant, que les ostéomes du sinus frontal se développent dans le périoste interne de la cavité sinusale, généralement dans les vingt premières années de la vie, c'est-à-dire quand l'activité du tissu osseux est arrivée à son degré maximum. Et à juste raison, les anomalies embryologiques des parois internes des sinus ne sont probablement pas étrangères à l'origine des ostéomes, si l'on tient compte des transformations compliquées auxquelles sont soumis les sinus



au cours de leur vie fœtale. En effet, d'après les derniers travaux de Jacques, Steiner, Killian, Mouret, Tilley, les sinus frontaux ne seraient que des cellules ethmoïdales antérieures insinuées entre les deux tables, interne et externe, de l'os frontall

Il est facile de concevoir comment quelque résidu ethmoïda, ou quelque portion osseuse, imparfaitement organisés, aient pu, dans la période de systématisation définitive du squelette osseux, reprendre leur cycle de développement avec ces caractères anormaux propres aux tissus embryonnaires, probablement sous l'influence de facteurs spéciaux, jusqu'ici inconnus.

Les ostéomes sont généralement formés de deux couches : un petit noyau interne de substance spongieuse et une coque plus ou moins épaisse de substance éburnée, plus importante que la masse centrale. Quelquefois la tumeur, très pauvre en vaisseaux, peut présenter une substance lamelleuse et atteindre à la véritable éburnation. Le siège le plus fréquent d'implantation des ostéomes du sinus frontal, est généralement la paroi antérieure. La tumeur s'implante rarement sur la paroi postérieure (comme dans notre cas) ou sur la portion ethmoïdale de la paroi inférieure du sinus, comme le gros ostéome rencontré par Citelli chez un enfant de 15 ans.

Les ostéomes primitifs du sinus ont coutume d'évoluer lentement, et cette lenteur est d'autant plus accusée que leur structure est plus compacte. C'est pour cela que ces tumeurs peuvent évoluer pendant de nombreuses années sans aucune symptomatologie appréciable. Cependant lorsque la masse a déjà comblé la cavité du sinus, apparaissent les symptômes caractéristiques de compression, surtout au niveau de l'orbite (exophtalmie, et déplacement du globe en bas et latéralement) ou au niveau des lobes frontaux. La maladie entre alors dans la phase d'extériorisation, et le diagnostic devient relativement facile. Il s'agira d'établir un diagnostic différentiel entre la mucocèle, la sinusite fermée, et la tumeur, et dans ce dernier cas, s'il s'agit de tumeur maligne ou d'ostéome.

L'évolution, la radiographie, et surtout l'exploration du sinus seront alors d'un grand secours.

Il est important enfin de différencier l'ostéome des néoproductions osseuses suivantes : l'ostéophyte, l'exostose, l'hyperostose.

L'ostéophyte est une périostite ossifiante par dépôt de sels de calcium.

L'exostose est une néoproduction osseuse ayant son origine

dans une périostite, à consistance spongieuse possible et à large base d'implantation.

L'hyperostose se développe également au niveau d'une périostite ossifiante.

L'ostéome, par contre, non seulement ne se développe pas sur un terrain à processus périostique inflammatoire, comme les précédentes néo-productions (qu'on pourrait appeler précisément processus proliférants) mais en diffère aussi par sa structure bien déterminée, par son évolution autrement lente, et sa base d'implantation bien limitée.

\*  
\* \*

Les ostéomes primitifs du sinus frontal présentant un grand intérêt clinique et pathologique, je crois utile de décrire un cas observé dans notre clinique chez une jeune femme.



FIG. 1.

F. L., 22 ans, de Catane. Rien dans les antécédents. Pas d'enfants. Raconte que, il y a une semaine, sans cause appréciable, elle ressentit une douleur gravative à la région frontale droite, rapidement tuméfiée. Elle n'a pas eu de rhume.

*Examen objectif.* — La région frontale droite est légèrement rouge et tuméfiée. La tuméfaction s'étend à toute la paupière

supérieure qui masque en grande partie l'œil. La pression est légèrement douloureuse, surtout à l'angle supéro-interne de l'orbite. Le globe oculaire est légèrement déplacé en avant et un peu en dehors; pas de troubles de la vue. A la rhinoscopie antérieure on ne constate rien d'anormal; la muqueuse nasale et les cornets sont normaux, pas de pus dans le méat moyen. Rien dans la bouche.

A la diaphanoscopie les deux sinus maxillaires se présentent également amples et transparents. Des deux sinus frontaux, le gauche est légèrement transparent, le droit est complètement opaque.

Etant donnée la rapidité d'évolution, rapportée par la malade, et l'aspect normal de la fosse nasale correspondante, nous pensons à une mucocèle aiguë, ou à une véritable sinusite purulente, subaiguë fermée. On ouvre le sinus par la méthode Citelli dans le but de diagnostiquer la nature de l'affection. Anesthésie locale stovaïno-adréalinée, incision des téguments externes sur 1 centimètre et demi, au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite. Décollement du périoste. On perfore la paroi osseuse avec la plus petite fraise du trépan Collin, modifiée par Citelli. La perforation est difficile; car l'os est exceptionnellement dur, éburné même. En outre, après avoir pénétré d'un centimètre en profondeur, on ne trouve pas encore la cavité du sinus. On élargit la brèche avec une fraise plus grosse. Mais après avoir pratiqué un canal de près de 2 centimètres de longueur n'étant pas encore arrivés au sinus, nous arrêtons l'opération, certain de nous trouver en face d'un ostéome du sinus frontal. La malade refuse de se soumettre à l'intervention nécessaire pour l'extraction de l'ostéome. Suture de la plaie cutanée (réunion *per primam*) et radiographie. Celle-ci, pratiquée dans le sens bipariétal, montre la cavité du sinus frontal, occupée presque entièrement par une masse homogène, dont l'opacité est symptôme de tissu compact. Cette masse qui fait corps avec la table interne du sinus, est séparée de la paroi antérieure par un espace de quelques millimètres. La tumeur est donc vraisemblablement développée aux dépens du périoste de la paroi postérieure.

A la radiographie, pratiquée dans le sens fronto-occipital, on constate que les limites supérieures du sinus frontal droit s'étendent un peu plus haut que celles du gauche, probablement par distension de l'os sous la pression de la tumeur. La cavité est occupée par une masse qui donne une opacité interne, semblable à celle de l'os compact. Elle est bilobée, et donne au sinus un aspect spécial; sa cavité paraît résulter de l'union de deux

cavités séparées par un septum. Cette masse n'adhère pas à la paroi antérieure du sinus. Le sinus gauche est normal.

Le cas que nous venons de présenter méritait d'être publié en raison de la rareté des ostéomes primitifs du sinus frontal,

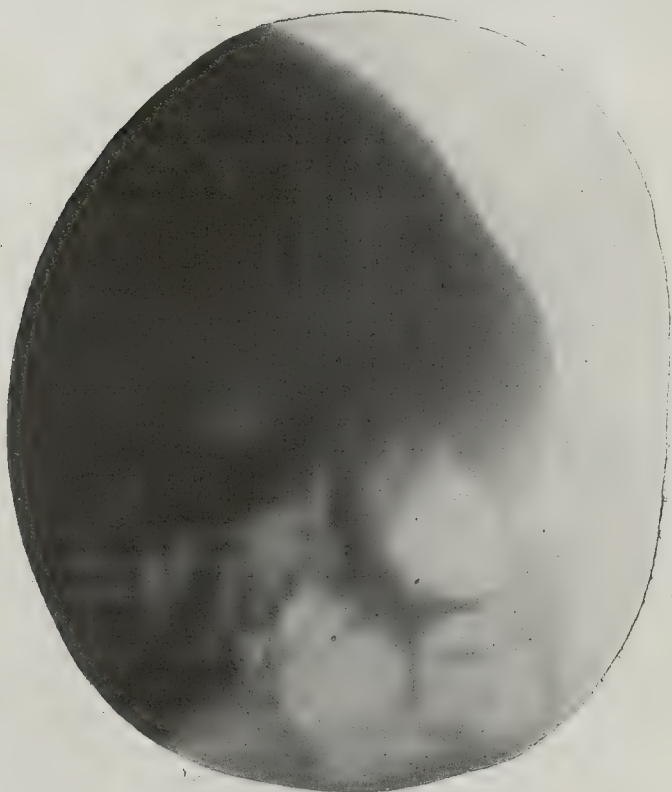


FIG. 2.

et de l'éclosion rapide de symptômes subjectifs et objectifs qui pouvaient facilement conduire à des erreurs de diagnostic. Le diagnostic le plus vraisemblable était en effet celui de sinusite purulente aiguë, à cause du début brusque des symptômes subjectifs et des manifestations objectives. Seuls, l'état normal de la fosse nasale droite du méat moyen et de l'absence du pus devaient faire faire des réserves.



Il pouvait s'agir également d'une mucocèle en période aiguë ou enfin d'une tumeur primitive du sinus, mais la rapidité d'apparition des symptômes, sur laquelle insistait la malade, devait faire écarter cette dernière éventualité. Le diagnostic différentiel était donc très difficile. La diaphanoscopie ne pouvait donner d'indications ; de même la radiographie était d'une interprétation difficile, l'opacité présentée par une mucocèle, une sinusite ou une tumeur étant sensiblement la même. Il ne restait que l'exploration du sinus par la méthode exploratrice et curative de Citelli pour les sinusites frontales, et cela d'autant plus que la malade refusait une large intervention. Grâce à cette petite intervention, après avoir pratiqué un canal de 2 centimètres de profondeur nous aurions dû pénétrer dans la cavité du sinus, puisque la paroi est très mince au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite. Mais, nous avons foré une substance osseuse compacte sans que la paroi cède. Nous nous trouvions par conséquent devant une tumeur osseuse du sinus frontal.

Tumeur vraisemblablement primitive. En effet, la jeunesse de la malade, la résistance du tissu à la trépanation, la radiographie qui prit une grande valeur après élimination de la mucocèle ou de la sinusite fermée, l'intégrité de l'ethmoïde, et le développement de la tumeur uniquement aux dépens du sinus frontal droit, sont autant de faits qui nous permettent de diagnostiquer avec certitude un ostéome primitif du sinus en question.

Malgré notre insistance, la malade ne voulut point se soumettre à l'intervention chirurgicale qui, seule, eût donné des résultats brillants. Il eût été nécessaire de réséquer une partie des parois inférieure et antérieure. On eût détachée ensuite la tumeur, en usant de grandes précautions pour ne pas léser la paroi crânienne et la dure-mère, et on eût suturé. Avec cette méthode, Citelli réussit à extirper complètement un ostéome primitif du sinus frontal (4 cent. sur 3) et obtint la guérison *per primam*.

Avant de terminer, je crois opportun de mettre en relief combien la méthode Citelli s'est montrée, dans ce cas, de grande utilité. Chez notre malade, en effet, aussi bien la diaphanoscopie que la radiographie décélèrent l'opacité du sinus, sans pouvoir en indiquer la nature. La petite incision conseillée par Citelli et guérie *per primam* sans cicatrice, et le trépan ont par contre révélé la nature osseuse de la tumeur et facilité le diagnostic d'ostéome, que la radio a complété en indiquant l'extension et les limites précises de la tumeur. Si la malade avait accepté

l'intervention, on eût fait diagnostic et cure radicale, simultanément, sans recourir à la méthode Citelli.

Traduit par LAPOUGE (Nice).

### BIBLIOGRAPHIE

- SOLPE. — *Arch. f. Ohren. Nasen u. Kehlkopfheilk.*, 105, 75, 1920.  
PFEIFFER. — *Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. f. Krankh. d. Luftwege*, 64, 223.  
CITELLI. — *Ebenda* 29, 212, 1913. *Internat. Zentralbl. f. Ohrenheilk.*, 10-562.  
MARX. — *Graefes Arch. f. Ophtalmol.*, 74, 311, 1910.  
UFFENORDE. — *Ebenda*, 3, 697, 1911.  
BOENNINGHAUS. — *Hand. d. Spez. Chir. d. Ohres u. d. Luftwege*, Katz-Preysing., Blumenfeld, T. 3, p. 222, 1911.  
— *Ebenda*, S. 160.  
— *Ebenda*, S. 175-184-230-231-235.  
ZUMHASCH. — *Mediz. Klinik.*, 1914, n° 25. S. 1055.  
DAHMAN (H.). — *Zeitschr. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk.*, 9 Giugno, 1922, 1° B. 3-4 H. P., 261.  
FALLAS (M.). — XVII<sup>e</sup> Congrès de la Société Belge d'Otologie, de Rhinol. et de Laryngologie. Séance du 10 juillet 1921.
-

## SOCIÉTÉS SAVANTES

---

### SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE. SECTION D'OTOLOGIE

*Séance du 18 mai 1923.*

**W.-M. MOLLISON. — Présentation d'un appareil électrique contre la surdité.**

Il est basé sur le principe du microphone; au moyen d'un régulateur il permet une amplification des sons pour cinq puissances de son différentes.

CH. BALLANCE constate que l'instrumentation semble devoir rendre de réels services, mais le poids élevé est un grand inconvénient.

HASTINGS. — Quel est le résultat dans les surdimutités congénitales?

**SYDENHAM. — Un cas de méningite cérébrospinale associé à une otite aiguë moyenne.**

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans opérée pour mastoïdite bilatérale, avec très peu de lésions par rapport aux symptômes graves. L'auteur affirme la probabilité d'une méningite épidémique et attire l'attention sur la possibilité de l'infection méningée due à celle de l'oreille moyenne.

**DAN M'KENZIE. — Crises épileptiformes après opération d'un abcès cérébral.**

L'abcès avait été opéré avec succès il y a 5 ans, un an après la maladie âgée de 35 ans avait ressenti la première crise; depuis les accès s'étaient renouvelés d'une façon plus fréquente, jusqu'à survenir environ tous les deux, trois mois.

CH. BALLANCE. — Dans le premier cas il y a dû avoir une méningite de l'étage postérieur englobant le nerf et le détruisant, entraînant aussi une surdité constituée après la guérison. Quant au second cas il n'a jamais observé d'épilepsie après un abcès cérébral, mais il n'en nie pas la possibilité.

F. DUNDAS GRANT demande s'il n'y avait aucun point d'appui pour le type Jacksonien.

MUSGRAVE WOODMAN. — Ce second cas lui semble de nature hystérique.

DAN M'KENZIE a observé depuis un autre cas d'abcès cérébral opéré avec succès il y a 20 ans, atteint de crises épileptiques: faut-il opérer?

CH. BALLANCE rapporte le cas d'une malade qui après une opération pour un abcès cérébral avait perdu le sens musical, et ne pouvait plus

jouer du piano. L'opération peut donner de bons résultats, si la cicatrice est en cause, autrement l'auteur insiste sur les bons effets du luminal (*Gardénal*).

**DAN M'KENZIE. — Abscès ptérygo maxillaire otogène à la suite d'une thrombophlébite du bulbe.**

Il s'agit d'une otite aiguë chez un garçon de 8 ans qui déterminait rapidement une mastoïdite suraiguë, un abcès en avant du conduit auditif osseux, et après quelques jours une thrombose jusqu'au niveau du cartilage thyroïde, une thrombose du sinus caverneux et la mort.

Le cas est intéressant parce que l'autopsie démontra que la thrombose du bulbe sans intéresser le sinus latéral avait perforé l'os pour former un abcès dans la fosse ptérygomaxillaire.

**T.-H. JUST. — Abscès cérébral otogène sans symptômes cliniques.**

La malade âgée de 27 ans ne se plaignait à l'admission que de céphalées et de vomissements. Après trépanation d'une mastoïde entièrement éburnée, on tomba sur un abcès extradural immédiatement au-dessus du toit, communiquant avec un second abcès, cérébral assez volumineux; après un drainage de trois jours la plaie se referma petit à petit; la guérison était complète au bout de 6 semaines.

JENKINS est partisan d'un drainage aussi large que possible.

J. DUNDAS GRANT demande s'il y a un inconvénient à explorer la cavité de l'abcès avec un doigt ganté, pour obtenir des renseignements sur l'état de la paroi, ce qui peut avoir de l'importance pour le drainage.

CH. BALLANCE insiste sur les difficultés du drainage dans les abcès cérébraux, à cause de la consistance de la matière cérébrale. Le lavage de la cavité abcédée est dangereux.

JUST préfère aux tubes en caoutchouc du caoutchouc aggloméré pur le drainage des abcès cérébraux.

**SYDNEY SCOTT. — Abscès cérébral gauche. Amnésie pour les noms et les objets.**

Otorrhée chronique avec cholestéatome chez une fillette de 10 ans; à l'opération on tomba sur un abcès extradural; la ponction cérébrale ne ramena pas de pus, mais l'amnésie persistant, on refit au bout de 3 semaines une exploration plus large du cerveau, et l'on trouva un abcès que l'on draina; l'enfant guérit rapidement, la mémoire revint.

**SYDNEY SCOTT. — Abscès cérébelleux; coma subit et apnée; guérison après opération avec respiration artificielle.**

Otorrhée chronique chez un garçon de 17 ans, accompagnée de violentes céphalées. L'hypertension du liquide C. S. précipite l'intervention; mais à peine préparé pour l'opération, le malade perd connaissance. Pendant la recherche de l'antré, la respiration cesse; respiration artificielle. Dans ces circonstances on ne put rechercher exactement la direction qu'avait prise l'infection, et l'on fit au hasard quelques inci-



sions radiaires dans la dure-mère en arrière du sinus latéral. On trouva aussi un gros abcès cérébelleux dont l'évidement ramena progressivement la respiration. Après 2 jours de coma, l'amélioration se fit progressivement, et l'on put alors constater les signes cérébelleux, tels que nystagmus intense du côté de la lésion, l'asynergie et le manque de coordination dans les membres du côté de la lésion.

**SYDNEY SSCOTT. — Abcès cérébelleux cinq semaines après le début d'une otite aiguë droite.**

Il s'agit d'un garçon de 7 ans, atteint d'otorrhée et de surdité. La semaine avant son admission il eut quelques vomissements et un peu de somnolence. A l'examen on note du nystagmus à droite, de la déviation des extrémités supérieures à droite ; pas d'asynergie, pas de dysdiadococinésie, l'épreuve de l'index est correcte. A l'opération on trouve un petit abcès extra-dural en face du sinus sigmoïde, et au-dessous de lui un abcès cérébelleux un peu plus grand, ces quelques cas démontrent combien parfois la symptomatologie des abcès cérébraux est peu prononcée, et de combien de circonstances fortuites, dépend la guérison.

#### DISCUSSION

CH. BALLANCE a observé un cas analogue qui n'avait comme seul symptôme que l'amnésie, en trépanant on ne trouve aucun abcès cérébral, mais un cortex de nature encéphalitique.

MUSGRAVE WOODMAN. — Quelle est la meilleure voie de drainage pour les abcès cérébelleux ? Il semble que la voie auriculaire est trop haute pour permettre un libre écoulement du pus. Mais en attaquant par une voie plus basse la région de l'abcès on risque de créer une méningite.

MOLLISON. — L'engourdissement des bouts des doigts pourrait être dû à une congestion du cortex, conséquence de l'arrêt temporaire de la respiration.

JENKINS. — Les statistiques sur les résultats du traitement des abcès cérébraux sont plus nombreux qu'on l'admet en général.

MUSGRAVE WOODMAN. — A l'hôpital Queen Square on emploie l'éther intratrachéal dans les cas d'abcès du cerveau. A Birmingham on utilise un mélange d'oxygène et de chloroforme par voie intratrachéale ; avec cette méthode on n'a pas besoin de compter sur la respiration volontaire.

MARRIAGE a eu l'occasion d'opérer une mastoïdite dans des conditions semblables ; on pensait à un abcès du cerveau, sans qu'aucun signe ait pu donner un indice quant à sa localisation, lorsqu'au milieu de l'opération l'arrêt de la respiration nous fit penser au cerveau comme siège de l'abcès. La respiration reprit aussitôt que le trocart ramena du pus. La mort survint quelques jours après l'opération ; à l'autopsie on trouva outre l'abcès cérébelleux, un second abcès dans le cerveau.

CLEMINSON au contraire a eu des résultats peu encourageants dans le traitement des abcès cérébelleux ; il utilisera dorénavant toujours l'anesthésie par voie intratrachéale.

CH. BALLANCE. — La question la plus importante est celle de prévenir la méningite ; c'est un problème qui attend encore une solution.

**MOLLISON. — Un cas de vertige guéri par la trépanation du canal semi-circulaire externe.**

Il s'agissait d'un malade de 42 ans qui eut subitement des attaques de vertiges labyrinthiques à répétition avec des tympan normaux ; surdité et bourdonnements de l'oreille gauche. Pas de nystagmus spontané ; les épreuves labyrinthiques ne donnèrent aucune indication précise. L'ouverture du canal semi-circulaire gauche, donna une amélioration passagère de l'audition et débarrassa le malade complètement de ses vertiges.

DAN M'KENZIE compare ce cas au point de vue pathologique au glaucome.

M. KELSON a observé un cas semblable ; l'opération supprime les bourdonnements et les vertiges ; le malade se porta bien pendant 8 ans, mais alors il eut à nouveau quelques accès légers de vertiges.

ARCHER RYLAND. — Malgré ces deux résultats positifs, il ne croit pas devoir intervenir ainsi d'une façon générale.

DUNDAS GRANT. — Quelle était la marche de l'opération ; l'oreille moyenne semble avoir été épargnée. Puisque l'on compte avec une perte de l'audition du côté opéré, autant passer par la caisse, la débarrasser des osselets pour permettre plus d'extension au liquide endolymphatique du côté de la fenêtre ovale ; cette manœuvre de décompression peut suffire.

LAWSON WHALE a opéré délibérément deux cas de la même façon après ouverture de la mastoïde. Il demande ce qu'il faut découvrir du canal semicirculaire sans dépasser les limites.

MOLLISON. — En dehors de la comparaison au glaucome, il ne voit aucune autre théorie, quant à la technique opératoire, il procède comme pour une mastoïdectomie. Dans un cas il fit une injection d'alcool dans le canal, dans un autre il utilisa l'acide phénique.

**JUST. — Ablation d'un séquestre de l'orifice tubaire pendant un évidement petro-mastoïdien.**

Mort cinq jours après l'opération ; l'autopsie révéla une ostéite très étendue de l'os pétreux.

**JUST. — Un cas de gliopendynome du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule, pris pour un abcès cérébelleux dans une otite moyenne chronique bilatérale suppurative.**

La fosse cérébelleuse gauche semblant atteinte on ouvrit de ce côté sans trouver un abcès. Deux jours après mort par inhibition respiratoire. L'autopsie révéla une tumeur inopérable du type histologique des gliomes de l'épendyme.

QUIRIN.

*Séance du 20 juin 1923.*

*Congrès de Cambridge.*

**M-R. WALSHIE.** — **Les travaux de Sherrington sur la physiologie des attitudes.**

**G. de KLEIJN.** — **La physiologie expérimentale du labyrinthe.** (*V. analyses*).

#### DISCUSSION

**J. DUNDAS GRANT.** — La question des otolithes m'était peu familière jusqu'à présent et dans les expériences que j'ai faites je n'ai jamais très bien compris pourquoi après le mouvement de compensation, on obtenait un mouvement de retour.

**SIDNEY SCOTT** demande à M. Walshe si le réflexe de Babinski était modifié chez les hémidécérébrés, quand les attitudes de la tête et du tronc étaient changées dans l'espace sans flexion du cou. Il soulève la question de l'influence des réflexes rétinien sur les réflexes toniques qui semblent avoir été attribués par erreur à une excitation labyrinthique.

**ALBERT GRAY.** — Le fait que le labyrinthe membraneux est entouré des deux côtés de liquide peut créer des images qui prêtent à des erreurs après fixation.

**A-R. TWEEDIE.** — Le sujet traité devant le Congrès n'est pas du domaine de la spécialité seulement, il intéresse surtout les neurologistes dont la collaboration étroite avec nous s'impose de plus en plus. L'exemple de la création d'une Société de neuro-oto-oculistique en France devrait être suivi chez nous.

Il a observé plusieurs malades qui présentaient certains réflexes dont a parlé M. de Kleijn, notamment chez lesquels apparaissait un nystagmus par le changement de la tête dans l'espace, alors que les épreuves vestibulaires classiques étaient normales.

Il est d'avis que l'appareil otolithique est un organe dégénéré, d'une importance minime, mais gagnant d'intérêt dans les cas pathologiques. Cette opinion semble se confirmer par le fait que les réflexes otolithiques disparaissent chez les enfants à partir de 3 mois et ne réapparaissent que dans des conditions pathologiques. La régression de l'appareil otolithique est en rapport avec le développement plus élevé des autres sens; certaines expériences sur des aviateurs faites par Sidney Scott et par Wulffer Palthe semblent démontrer que l'appareil vestibulaire (?) n'a pas une très grande valeur, quand il s'agit de conduire un avion à travers les nuages et le brouillard très denses. Il fait allusion aux expériences d'hypnotisme sur des poules et les interprète comme des exemples de réflexes otolithiques.

**HARTRIDGE.** — **Interprétation de l'oreille comme appareil de perception de la profondeur de la mer.**

L'auteur admet que l'appareil d'audition des anciens mammifères servait à contrôler la profondeur dans l'eau et formait avec le vesti-

bule un seul organe d'identification des positions et de la direction. Il édifie son hypothèse sur deux faits : sur l'analogie du mécanisme entre l'organe de l'ouïe des mammifères et l'appareil de contrôle de profondeur de la torpille, et sur les rapports chez certains poissons des osselets avec l'oreille interne et la vessie nataoire. Le tympan représenterait la membrane hydrostatique de la torpille. Cette opinion donnerait la clé de l'innervation du limaçon, des canaux semicirculaires et des otolithes par un nerf commun.

QUIRIN.

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE SECTION DE LARYNGOLOGIE

V<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL

*Manchester, 15-16 juin 1923.*

DOUGLAS GUTHRIE. — **L'hyperplasie chronique du maxillaire supérieur, ses rapports avec d'autres tumeurs osseuses et l'otosclérose (V. analyses).**

### DISCUSSION

LAYTON pense qu'il y a un intérêt à continuer les recherches et demande au rapporteur, s'il ne pense pas à la possibilité d'une infection microbienne.

GUTHRIE. — Le microscope ne permet pas de constater un agent pathogène. Quant à la carie dentaire, elle ne semble en aucun rapport avec le processus hyperplasique. L'idée d'une forme de transition vers le sarcome est assez intéressante.

ARNOLD JONES. — **Quelques considérations cliniques sur l'amygdale linguale (V. analyses).**

### DISCUSSION

PARKER a constaté qu'il pouvait exister d'une part des altérations considérables de l'amygdale linguale, sans donner aucun symptôme, que d'autre part il pouvait y avoir certains troubles attribuables à l'amygdale linguale sans qu'elle soit altérée. La galvanocautérisation supprime ces troubles, mais sans être forcément appliquée sur l'amygdale même. Ce qui fait penser que les troubles accusés n'ont aucun rapport avec l'amygdale linguale.

WILLIAM HILL. — L'examen radiographique ne montre aucune gêne de la déglutition.

M. VLASTO. — Le terme de « dysphagie » est employé indistinctement pour la difficulté ou la douleur à la déglutition. D'où souvent confusion. Il attache plus d'importance à la déglutition à vide qu'à la déglutition d'aliments.

WATSON-WILLIAMS. — D'après son expérience l'amygdale linguale



ne donne lieu à des troubles que quand elle est réellement énormément hypertrophiée. Il est donc en désaccord complet avec le rapporteur.

**WILLIAM MILLIGAN.** — Dans sa carrière il n'a observé réellement qu'un ou deux cas d'hypertrophie créant des troubles sérieux. Les signes décrits semblent être d'origine nerveuse. Il est dangereux d'intervenir sur l'amygdale linguale à cause des risques d'hémorragie.

**TILLEY** partage la même opinion. Si le traitement donne une amélioration, c'est par pure suggestion. Ces troubles surviennent uniquement chez la femme, et particulièrement dans la ménopause.

**H.-J. BANKS-DAVIS** prétend que l'amygdale linguale est une glande muqueuse, par conséquent différente de l'amygdale pharyngée, et qu'elle doit être respectée.

**SYME** a observé quelques cas d'hypertrophie ayant causé de la difficulté de la déglutition, et de la toux spasmodique ; l'ablation supprima ces troubles.

**ARNOLD JONES** compare les relations des troubles mentionnés avec l'amygdale linguale aux zones sensibles de la muqueuse nasale et leur rapport avec la rhinite spasmodique. Il maintient l'heureux effet de la galvanocautérisation.

**D.-R. PATTERSON.** — L'extraction des corps étrangers de grande dimension situés dans la gorge (*V. analyses*).

#### DISCUSSION

**WILLIAM MILLIGAN** est très partisan des interventions par voie externe ; les spécialistes rompus à l'endoscopie oublient trop facilement cette possibilité. Il cite deux cas suivis de mort par déchirure de la paroi œsophagienne, où une intervention immédiate par voie externe aurait pu épargner l'issue fatale.

**WILLIAM HILL.** — Les corps étrangers très pointus s'arrêtent le plus souvent dans l'hypopharynx ; l'intervention s'impose le plus tôt possible. Il vaut mieux opérer d'emblée par voie externe dans ces cas, que de perdre du temps avec des tentatives infructueuses par voie endoscopique qui créent, en outre, des lésions, un terrain défavorable pour une intervention ultérieure. Par les mouvements de déglutition la pointe s'engage plus profondément et provoque la médiastinite fatale.

**WESTMACOST.** — Les spécialistes devraient réagir contre la fabrication de dentiers trop petits qui par déglutition passent directement dans l'œsophage, où ils restent accrochés. Les dentiers devraient toujours recouvrir tout le palais. Les monnaies en cuivre devraient être extraites immédiatement, car elles attaquent chimiquement la paroi.

**HOWARTH.** — Le plus grand danger est présenté par les fragments d'os, à cause de leurs bords dentelés et leur état infectieux.

Quelle est la conduite à suivre dans le cas d'une implantation au niveau de l'aorte ? Les deux méthodes par devant et par le dos ont leurs avantages. L'ouverture par devant donne beaucoup de jour et permet un drainage satisfaisant.

**MUSGRAVE WOODMAN** partage l'opinion de Milligan et de Hill.

SMURTHWAITE. — Chez les enfants, les dires des parents doivent être acceptés avec réserve ; il cite un cas d'un enfant avant avalé un petit sifflet qu'il parvint à sortir à grand'peine avec des crochets mousses.

PATERSONS n'a vu qu'une seule fois une opération par voie externe et était étonné avec quelle facilité le corps étranger pouvait être abordé, malgré sa situation basse, au-dessus du cœur.

**HOLT DIGGLE. — Les rapports des affections thyroïdiennes avec la laryngologie (V. analyses).**

HERBERT TILLEY rapporte un cas de dyspnée et paralysie de la corde vocale gauche dues à un kyste dermoïde en arrière du sternum ; malgré l'énucléation de la tumeur, la corde resta paralysée. Il a observé tout récemment un autre cas, où l'opération d'une tumeur thyroïdienne nécessita l'ablation d'une grande partie du cartilage thyroïdien envahi. Le malade guérit d'ailleurs malgré son état grave post-opératoire.

SMURTHWAITE a examiné de nombreux cas d'hypertrophie thyroïdienne au point de vue laryngé, sans trouver une seule paralysie vocale.

DIGGLE est d'avis qu'une paralysie laryngée existant depuis plus de neuf mois n'a guère de chance de rétrocéder, même après suppression de la cause.

**O'MALLEY. — Evolution des cavités nasales et sinusiennes en rapport avec leurs fonctions (V. analyses).**

**LINDLEY SEWELL. — Remarques cliniques sur le traitement post-opératoire de la sinusite maxillaire (Opération de Denker).**

Le Denker est l'opération qui offre le plus de facilité pour l'exploration du sinus maxillaire. L'auteur ne fait ni tamponnement serré ni lavage ; l'irrigation n'est indiquée d'après lui que dans les cas traitants : la solution de nitrate d'argent lui semble la plus indiquée.

#### DISCUSSION

WILLIAM MILLIGAN demande ce que le rapporteur fait dans les cas de participation ethmoïdale. Il ne fait faire aucun lavage avant dix jours, et n'emploie jamais le tamponnement.

BANKS-DAVIS a également abandonné les lavages.

T.-B. LAYTON a toujours fait faire des lavages à ses malades, mais ce qui importe, est moins le lavage même que la solution employée. Le sérum vaut mieux qu'un antiseptique.

J.-F. O'MALLEY crée une ouverture de drainage sous la tête du cornet inférieur, sans faire de lavages.

J.-M. WRIGHT est d'avis que la plaie guérit beaucoup mieux sans ouverture buccale. Quant aux lavages, bien qu'il n'en soit pas partisan, il existe des sinusites dans lesquelles les lavages s'imposent après l'opération.

DOUGLAS GUTHRIE. — Dans nombre de cas une opération aussi grave

que celle de Denker n'est pas nécessaire. Contre la formation de croûtes, une pulvérisation huileuse est indiquée.

GRAHAM BROWN considère comme une erreur de supprimer les lavages après l'opération. Il attire l'attention sur le fait que souvent des cellules ethmoïdales antérieures sont prises.

IRWIN MOORE ne tamponne jamais la cavité et ne suture jamais l'incision gingivale ; il opère d'ailleurs dans la majorité des cas par la voie endo-nasale ; en faisant une brèche suffisamment large, il obtient ainsi dans la plupart des cas une guérison parfaite. Il évite les lavages pendant cinq jours, puis il fait quelques irrigations à l'eau isotonique et termine par un nettoyage à l'argyrol à 25 %.

SEWELL. — Le moyen le plus simple contre les croûtes consiste à laisser pendant la nuit une mèche de vaseline dans la fosse nasale. La formation de croûtes est surtout gênante, quand les lésions s'étendent vers l'ethmoïde ou le frontal.

**MUSGRAVE WOODMAN. — Présentation des coupes histologiques illustrant certains points pathologiques et chirurgicaux dans le traitement des néoplasmes du maxillaire supérieur.**

Les coupes représentent les différents types de tumeurs malignes ; l'auteur attire l'attention sur une variété que le professeur Shattock qualifie d'endothéliome malin. Les photographies en couleur démontrent dans deux opérations la façon par laquelle on peut aborder certaines tumeurs très étendues ; dans l'une il y avait invasion de l'orbite et de la base du crâne ; dans l'autre invasion de l'orbite et extériorisation dans la région malaire.

**DISCUSSION**

W.-S. SYME prône la diathermie ; quant au radium il a vu de larges destructions, et estime qu'il faut l'utiliser avec prudence.

WILKINSON demande, si dans les cas d'ulcus rodens le nettoyage des ganglions s'impose.

MUSGRAVE WOODMAN. — Le radium a en effet, une action très destructive. Quant aux ganglions, du moment qu'il s'agit d'un épithéliome, il est nécessaire de les enlever.

**WILLIAM MILLIGAN. — Sarcome de l'amygdale gauche**

Il s'agit d'un malade de 57 ans, atteint de dysphagie depuis six mois, d'anémie et de surdité générale ; une application de radium fit disparaître la tumeur. L'auteur compte enlever quelques débris subsistants à la diathermie.

**WILLIAM MILLIGAN. — Epithélioma du voile et du palais antérieur.**

Le malade, âgé de 59 ans, se plaint depuis trois mois d'un mal de gorge et d'une otalgie gauche. Le voile, le pilier antérieur gauche, la

face postérieure de la luette sont le siège d'une tumeur ulcérée très vasculaire ; les tissus sont très infiltrés ; pas de ganglions. Ablation par la diathermie sous anesthésie générale en 1920. Depuis le malade se porte bien. Histologiquement il s'agissait d'un épithéliome.

SYME. — D'après son expérience, la diathermie a une influence nette vers la guérison, une réaction à distance semble faire que les ganglions pris deviennent à la longue fibreux.

**WILLIAM MILLIGAN. — Laryngofissure dans un cas d'épithélioma de la corde droite.**

Tumeur en choux-fleur occupant les deux tiers postérieurs de la corde droite immobilisée. Ablation de la corde en 1915 ; en 1923 aucun autre signe qu'une voix enrouée.

**WILLIAM MILLIGAN. — Tuberculome laryngé.**

Chez une personne de 56 ans, perte progressive de la voix depuis neuf mois, expectoration légère, pas de bacilles, aucun ganglion.

HERBERT TILLEY pense à une tuberculose chronique.

J.-M. WRIGHT partage la même opinion. Il rapporte le cas d'un de ses malades qu'il avait opéré pour un néo du larynx, alors qu'il s'agissait d'une bacillose.

BANKS-DAVIS. — Il faut être très prudent en ce qui concerne le traitement dans ce cas, à moins d'avoir fait faire un examen microscopique.

WILLIAM MILLIGAN pense à une forme hybride, lésion tuberculeuse, devenue cancéreuse. (Il a fait faire depuis un examen histologique qui démontre la nature purement bacillaire.)

**WILLIAM MILLIGAN et LINDLEY SEWELL. — Tumeur tuberculeuse de la fosse nasale gauche.**

Il s'agit d'une tumeur papillomateuse s'insérant dans le vestibule et sur la cloison ; l'examen histologique démontre la nature bacillaire.

**WILLIAM MILLIGAN et BANKS WRIGLEY. — Ostéomyélite de l'os frontal.**

L'ostéomyélite s'est développée une dizaine de jours après l'opération d'une sinusite frontale qui n'avait pas montré de pus. Guérison en un mois après ouverture large.

La seule complication fut un abcès cervical.

O'MALLEY. — Ce cas lui rappelle un malade dont un écoulement purulent de l'ethmoïde avait simulé une sinusite frontale.

WILLIAM MILLIGAN a abrasé toute la paroi antérieure du sinus et cautérisé à l'acide phénique pur. Le pus avait contenu du streptocoque.

**WILLIAM MILLIGAN et FRANK WRIGLEY. — Sarcome du pharynx en particulier de l'amygdale droite.**

La tumeur englobait l'amygdale, la partie adjacente de la langue et le côté droit du voile. Elle saignait facilement. Pas de ganglions.



L'examen histologique en faisait un sarcome à cellules rondes. Trachéotomie et destruction à la diathermie. Le malade fut ensuite envoyé à l'Institut du radium.

**WESTMACOTT. — Deux cas d'œdème chronique de l'orbite.**

Dans l'un des cas l'œdème évoluait sans douleur, sans lésion des sinus avec un fond d'œil normal.

Dans l'autre l'ouverture du sinus ethmoïdosphénoïdal ramena du pus.

HERBERT TILLEY en fait une affection lymphatique, en se basant sur un cas analogue observé il y a six ans

J-M. WRIGHT pense à une affection localisée dont la porte d'entrée serait la conjonctive.

WILLIAM MILLIGAN. — Il s'agit d'une lymphangite chronique.

**WESTMACOTT. — Sarcome de l'os malaire, frontal et maxillaire.**

En 1913, ablation de cette tumeur étendue avec ouverture du labyrinthe ethmoïdal et du sinus sphénoïdal; six mois après pose de l'œil gauche et douleurs de la première branche du trijumeau. Une application de radium fit disparaître la protrusion du bulbe, mais les douleurs continuèrent.

MUSGRAVE WOODMAN préconise dans ces cas étendus une ouverture durable dans le palais par laquelle on peut surveiller l'évolution de la lésion et faire au besoin une application de radium. Cette fenêtre peut être facilement recouverte par une plaque dentaire.

**WESTMACOTT. — Ostéomyélite du frontal à marche extensive.**

Six mois après une intervention intra-nasale sur l'ethmoïde, développement d'une tuméfaction fluctuante dans la région frontale. A l'ouverture on trouve une nécrose étendue de tout l'os frontal mettant ainsi à nu la dure-mère sur une largeur d'une pièce d'un franc. Guérison.

**KNOWLES RENSHAW. — Tuberculose laryngée;**

Il s'agit d'une bacilliose des deux cordes avec ulcérations, traitée par le repos vocal, pulvérisations de formol et pansements intra-laryngés iodés.

**SMALLEY. — Paralysie double des abducteurs.**

Origine vraisemblablement spécifique, avec un Wassermann positif. Amélioration par le traitement spécifique.

**ARCHER. — Cellulite chronique de la face.**

Il s'agit d'un malade de 26 ans auquel on fit en 1920 une intervention intra-nasale qui fut suivie d'œdème de la face. La libération des fosses nasales, le massage et la faradisation améliorèrent son état.

HOLT DIGGLE. — Un cas de tumeur cliniquement maligne du sinus pyriforme gauche.

Pour des causes d'ordre général on ne put opérer ce malade de 54 ans qui se plaignait d'enrouement et de difficultés de déglutition. Deux applications de radium en tubes et en plaques firent disparaître l'infiltration néoplasique.

#### DÉMONSTRATIONS

WATSON WILLIAMS — Une méthode d'exploration des cavités accessoires du nez.

IRWIN MOORE. — La réduction ou destruction des amygdales malades ou hypertrophiées à l'aide de souds caustique et de chaux éteinte.

I.-M.-W. MORISON. — Le cardiospasme et les autres affections de l'œsophage.

E.-W. TWINNIG. — La méthode de Pirie pour la radiographie de la mastoïde.

C.-C. ANDERSON. — La radiothérapie profonde en laryngologie.

A. BURROWS. — Les méthodes d'application du radium.

#### SOCIÉTÉ ÉCOSSAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 9 juin 1923.*

TURNER. — Un cas d'adéno-carcinome du rein avec métastase dans le larynx.

Il s'agit d'un malade de 70 ans, atteint d'enrouement datant de trois mois. La corde droite était immobilisée par une tumeur lisse non ulcérée. L'origine rénale fut révélée par la biopsie d'une tumeur deltoïdienne qui ressemblait entièrement à celle du larynx, examinée après la mort. Il s'agissait d'un épînéphrome.

La discussion porte sur l'histo-pathogénie de ces tumeurs et leurs voies de dissémination vasculaires ou lymphatiques.

L. TURNER. — Quelques cas de lupus et de cancers pharyngés traités par la diathermie.

Le problème de ces tumeurs étant surtout guidé par l'économie, la diathermie semble être le traitement de choix. Le fait d'avoir traité des néoplasmes par la diathermie sans ablation des ganglions, et d'avoir vu une involution presque complète de ces ganglions après un certain temps (vérifiée histologiquement) fait penser au Dr Syme que la coagulation doit avoir une influence (chimique ?) à distance sur les cellules néoplasiques.

En ce qui concerne les lupus intra-laryngés il préconise une trachéotomie préalable.

M. MATHERS a obtenu des résultats meilleurs avec la diathermie qu'avec n'importe quel agent caustique médicamenteux, dans les cas de lupus.

L. TURNER a associé dans les cas de lupus la tuberculinothérapie à la diathermie. Le danger dans les interventions laryngées est le développement d'une sténose.

**L. TURNER et E. MARTIN. — Un cas d'abcès cérébral.**

Opération avec succès d'un abcès cérébral sur un homme de 46 ans il y a trois ans ; deux ans après des accès d'épilepsie jacksonienne se développèrent. Opération décompressive et dégagement des adhérences en janvier 1923 ; depuis amélioration de la mémoire, et guérison parfaite.

**LITHGOW. — Deux cas d'abcès cérébral gauche chez des fillettes de 13 et 15 ans, opérés et suivis de guérison.**

**GARDINER. — Un cas d'abcès cérébral gauche dû à une ancienne suppuration auriculaire. Guérison après opération.**

**GARDINER. — Abcès cérébral droit dû à une vieille otite purifiée. Guérison après intervention.**

L. TURNER. — Il serait intéressant de savoir le pourcentage d'épilepsie jacksonienne dans les cas d'abcès cérébraux guéris par l'opération.

D<sup>r</sup> GRAY. — A-t-on essayé de préciser la forme d'amnésie dans le cas de Turner et Martin ?

DOUGLAS GUTHRIE demande si ses collègues ont expérimenté la méthode de Lemaître qui consiste à exclure les espaces sous-arachnoïdiens.

M. MARTIN. — Il s'agissait d'une perte de mémoire pour les mots.

D<sup>r</sup> LITHGOW. — Dans un de ces cas la mémoire revient douze heures après l'ouverture de l'abcès ; dans l'autre cas il n'y avait pas de perte de mémoire.

GARDINER. — Dans son premier cas, il existait de l'aphasie après l'opération qui céda avec la diminution de la pression.

**R. ROBERTSON. — La vaccinothérapie dans une série de cas d'ozène.**

L. TURNER. — D'après son expérience les résultats ne sont pas très encourageants.

WHITE HOUSE demande quelle est la durée moyenne du traitement et la fréquence de son application.

G. YOUNG demande au D<sup>r</sup> Robertson, s'il a tenu compte en préparant le vaccin, du fait que certains auteurs voient dans l'ozène un rapport avec la tuberculose et la spécificité.

BROWN KELLY a traité avant la guerre un certain nombre de cas avec du vaccin à base de bacilles de Perez, mais sans obtenir une guérison.

ROBERTSON considère qu'une durée de deux ans est nécessaire pour amener la guérison.

**DOUGLAS GUTHRIE. — Sarcome de l'amygdale.**

La tumeur fut énucléée avec sa capsule sans hémorragie sous anesthésie générale. Histologiquement il s'agissait d'un sarcome endothélial (?).

**DOUGLAS GUTHRIE. — Tertiarisme du palais simultané chez le mari et la femme.**

La lésion du mari est un épithélioma de la joue gauche (!) ; dans ses antécédents on relève une affection de la peau traitée par des injections. La femme présente une lésion tertiaire du palais ; elle est mère de six enfants dont le plus jeune a 9 mois.

**DOUGLAS GUTHRIE. — Le traitement chirurgical de l'élargissement congénital du nez. (Projection).**

Le malade était atteint d'un bec de lièvre, dont l'opération fit proéminer davantage le nez déjà très large. Résection bilatérale d'un morceau cunéiforme englobant la muqueuse et le cartilage, seulement application d'une attelle compressive ; on obtint ainsi une réduction à la normale, mais la pointe du nez avait la forme pyramidale, la courbure des ailes du nez ayant été supprimée par la cicatrisation. Cette courbure fut rétablie par une transplantation d'un greffon.

SYME. — Sans vouloir critiquer l'opérateur, il pense que cette opération peut donner des résultats moins favorables, parfois même déplorables, en raison de la possibilité de l'infection de la plaie située à l'entrée du vestibule.

J.-J.-M. SHAW. — La déformation nasale n'était accentuée que par sa relation avec le bec-de-lièvre, dont l'opération l'augmenta légèrement. Cet élargissement est assez commun dans les bec-de-lièvres.

D. GUTHRIE n'est pas d'avis de généraliser une pareille intervention à tous les cas.

**N. MACLAY. — Cancer du toit du cavum avec métastase dans l'espace carotidien droit.**

Il s'agit d'un malade de 53 ans qui se plaignait d'une surdité droite du type de l'oreille moyenne. Le cavum présentait une masse irrégulière ressemblant à un paquet de végétations, qui s'ulcère au bout d'un mois. Curettage du cavum ; l'examen histologique démontra un cancer à cellules rondes. Radiothérapie et radiumthérapie d'après la méthode d'Erlangen.

YOUNG. — Il est possible que le processus néoplasique se soit étendu vers le sinus maxillaire qui présentait une suppuration.

L. TURNER suggère l'application de la diathermie.



**N. MACLAY.** — Remarques sur un cas de phlegmon du cou et abcès de la paroi thoracique après recherche d'une arête de poisson par voie endoscopique (Voir *Analyses*).

W.-I. GARDINER pense que l'arête a passé à travers la paroi.

CAMPBELL MACGREGOR a observé un cas analogue avec doublé perforation et médiastinite, péricardite consécutive. Le mauvais état buccal et dentaire aggrave les complications, s'il survient une lésion de la muqueuse par le corps étranger.

MARTIN rapporte également un cas et se demande s'il faut faire réellement une œsophagoscopie dans chaque cas quand la méthode indirecte n'a rien révélé.

W.-S. SYMES fait rarement une œsophagoscopie dans les cas d'arête de poisson.

BROWN KELLY n'est pas partisan de l'anesthésie générale, qui comporte malgré tout des dangers, alors que l'œsophagoscopie ne révèle souvent rien de plus que l'inspection. L'œsophagoscopie ne s'impose à son avis que dans les cas de violente douleur et dysphagie intense.

MACLAY n'a eu qu'à se louer de l'emploi de l'anesthésie générale. Quant au corps étranger dans son cas, il ne croit pas qu'il ait passé à travers la paroi. Lors de l'opération par voie externe ou lors des pansements on aurait dû le retrouver.

**E. MARTIN.** — Trois cas de tuberculose nasale.

Il s'agit d'une forme végétante chez une femme de 54 ans, d'une tuberculose se rapprochant du lupus chez une femme de 67 ans, guérie par la diathermie, et enfin d'une tuberculose végétante chez une fillette de 13 ans.

BROWN KELLY. — D'après la description il s'agit là de tuberculomes, seul le microscope peut donner un diagnostic exact.

PETERKIN a observé un cas de tuberculome récidivant des fosses nasales, associé à un sarcome du palais.

MARTIN. — Aucun de ses cas ne présentait des signes de tuberculose pulmonaire.

**E. MARTIN.** — Un cas de rhabdomyome de la face postérieure du voile.

Une fillette de 6 ans présentant un écoulement par le cavum et gonflant beaucoup la nuit. A la rhinoscopie postérieure on trouve une tumeur polypoïde, dure, la biopsie révèle un rhabdomyome. Opération sous-anesthésie chloroformique.

D. ALEXANDER donne quelques détails sur la nature des myomes en précisant que le cas particulier était tangeant au myosarcome.

MARTIN. — La localisation dans le rhino-pharynx est extrêmement rare.

QUIRIN.

## BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

RÉUNION ANNUELLE, PORTSMOUTH.

*Société de Laryngologie et d'Otologie (1).*

SAINT-CLAIR THOMPSON. — **Discussion sur le spasme du larynx**  
(Rapport).

Les causes du spasme de la glotte sont : 1° une irritation locale; 2° une irritation des nerfs moteurs; 3° des lésions centrales nerveuses; 4° des troubles hystériques ou fonctionnels.

1° Dans la plupart des spasmes de la glotte, il existe un phénomène réflexe en rapport avec l'anesthésie ou l'hyperesthésie du pharynx ou du larynx. L'auteur étudie ensuite les différentes maladies dans lesquelles on note de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie; 2° c'est le récurrent qui en est cause; 3° il s'agit de l'ataxie locomotrice de la tétanie; 4° dans l'hystérie et l'épilepsie, il s'agit d'un spasme fonctionnel.

Sir SAINT-CLAIR THOMPSON décrit ensuite les symptômes. Le spasme se termine par résolution, par mort par asphyxie ou par mort par syncope cardiaque.

Le spasme glottique peut s'observer dans la goutte, le rhumatisme, dans certaines affections cardiaques ou pulmonaires. Il y a des causes toxiques (virus de la coqueluche).

S'agit-il d'un spasme des adducteurs ou d'une paralysie des abducteurs? Quand il s'agit de paralysie des abducteurs la corde se met en position cadavérique. La paralysie du récurrent est rarement complète; mais s'il s'y ajoute un spasme des adducteurs, il peut amener la mort. Dans le spasme des adducteurs, il n'est pas fatal; le diagnostic est très difficile même pour les laryngologistes entraînés. Loi de Semon.

Dans les paralysies d'origine centrale, ce sont les abducteurs qui sont les premiers affectés. Dans les spasmes fonctionnels ce sont les adducteurs.

Spasme pendant l'anesthésie générale : il est dû à l'action de l'anesthésique sur la moelle.

Spasme du laryngisme striduleux : c'est une parésie des abducteurs.

Spasme du hoquet : c'est un spasme diaphragmatique.

Spasmes chroniques du larynx (paralysie agitante, méningite, syphilis cérébrale, etc...)

Traitement immédiat : nitrite d'amyle. Entre les attaques, soigner la cause.

J. DUNDAS GRANT. — Le laryngisme striduleux doit être différencié de la laryngite striduleuse. Le premier s'observe chez les rachitiques; on l'a observé dans un cas de prépuce trop serré. La circoncision fit disparaître le réflexe. On l'a observé chez les femmes à la ménopause, dans le tabès. L'ictus laryngé est produit par une fermeture de la glotte. Le thorax ne reçoit plus d'air. Puis il se dilate et attire le

sang du cerveau dans la poitrine. D'où amnésie cérébrale, syncope soudaine ; le malade perd conscience et tombe par terre. Ce sont surtout les goutteux et les artério-scléreux qui y sont exposés.

W.-H. KILSON. — Le mot spasme du larynx est incorrect, puisque le larynx est purement osseux et cartilagineux. On doit dire : spasme de la glotte vraie, entre les deux cordes vocales. Le spasme de la glotte se rapporte au spasme des constricteurs. Si les abducteurs ou dilatateurs sont paralysés, le spasme peut être dangereux, sinon mortel. Les constricteurs sont plus puissants que les abducteurs ; d'où ces spasmes fréquents la nuit chez les enfants, quand le contrôle cérébral n'existe plus. Ne pas confondre le stridor laryngé congénital avec le spasme. Le laryngisme striduleux est un symptôme complexe spastique.

Chez les adultes on peut observer un spasme dû à la diphtérie.

KAUFFMANN (Angers).

---

# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

---

NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — **L'autohémothérapie dans la furonculose**, *Lyon Chirurg.*, sept.-oct., 1923.

Comme conclusions, les auteurs admettent d'après leurs expériences l'identité des résultats par des expériences d'homo et d'hétéro-hémothérapie avec ceux de l'autohémothérapie. Ils admettent plutôt un choc hémotherapeutique.

Les expériences toutes récentes d'autres auteurs, faites parallèlement aux leurs, tendent à confirmer cette opinion.

L'autohémothérapie, au point de vue thérapeutique, constitue le traitement de choix de la furonculose. SARGNON.

A. H. CHEATLE. — **Etiologie et prophylaxie de l'otite moyenne chronique** (*Acta Oto.-Lar.*, vol. V, f. 3, sept. 1923).

Le passage à la chronicité d'une otite aiguë tient à une raison anatomique, 20 % des sujets ont un temporal cellulaire ; l'autre et la caisse sont séparés du diploë mastoïdien par une couche de tissu compact. C'est ce qu'on trouve dans presque toutes les otites chroniques. Si cet état protège la mastoïde, par contre l'allure classique atténuée fait que souvent une thérapeutique appropriée n'est pas mise en œuvre.

Pour prévenir l'otite chronique, il faut faire la prophylaxie des maladies infectieuses communes (rougeole, scarlatine) et soigner particulièrement les voies aériennes supérieures. Dans les maladies infectieuses, accompagnées de nasopharyngite, il faut prévenir la rétention des sécrétions dans le nasopharynx. Enfin si la suppuration dure plus de six semaines, il faut opérer, même s'il n'y a pas de signes mastoïdiens. C.-R. de l'auteur.

J. CEMACH. — **La tuberculose de l'oreille et ses rapports avec les recherches modernes sur la tuberculose**. *Monatsch f. Ohr.*, t. LVII, 1923, f. 9, p. 738 ; f. 10, p. 835.

La première partie est consacrée à des généralités. Après avoir rappelé les conceptions actuelles sur la tuberculose, les réactions de l'organisme, l'auteur insiste sur ce que la tuberculose de l'oreille moyenne, en tant que manifestation partielle de la tuberculose, maladie générale, rentre aussi dans le cadre du problème de l'immunité biologique et doit être envisagée en partie sous cet angle.



Cependant le point de vue purement clinique ne doit pas être négligé.

La fréquence de la tuberculose de l'oreille moyenne est plus grande encore qu'on ne le dit généralement; des processus spécifiques évoluant cliniquement avec des allures non spécifiques. Après avoir étudié et indiqué les statistiques des différents auteurs, Cemach donne ses propres chiffres basés sur 3 groupes de sujets. 1° Sur 2.342 adultes, tuberculeux à différents stades, il a trouvé l'otite suppurée dans 11 % des cas, dont 22 % étaient de nature tuberculeuse; 2° sur 1.734 soldats ne présentant aucun signe de tuberculose manifeste, il a constaté 3 % d'otorrhée sur lesquelles 5 % étaient de nature tuberculeuse; 3° sur 300 otites aiguës ou chroniques d'un service de consultation 5 % étaient de nature tuberculeuse.

D'autre part la tuberculose auriculaire de l'adulte a toujours évolué chroniquement. Il n'a observé que 6 cas aigus et encore chez des tuberculeux avérés. La fréquence croît jusqu'à 30 ans; après 40 ans elle est très rare.

En cas de tuberculose pulmonaire concomitante, ce qui est de beaucoup le plus fréquent, il n'y a aucune relation entre le développement de l'otite tuberculeuse et le degré ou la forme (floride ou grave) de la lésion thoracique.

Enfin Cemach d'après ses chiffres, trouve que l'otite, quand elle est unilatérale, siège très souvent du côté pulmonaire atteint ou le plus atteint.

Après quelques considérations sur l'influence de l'évolution pulmonaire sur l'état auriculaire local, et après avoir rapidement rappelé la notion d'allergie, Cemach déclare qu'en principe la tuberculose de l'oreille, chez un individu en état d'allergie ou d'anergie positive est de pronostic bon. Son sort dépend du degré et de la persistance de l'allergie et aussi des chairs des moyens thérapeutiques. Dans l'état de réaction anergique négative, tout dépend du traitement local; car cet état est pratiquement sans influence sur une tuberculose locale aussi légère et le degré de l'affection auriculaire est sans signification pour le pronostic (?).

La deuxième partie est consacrée à la pathogénie. A la lumière des théories actuelles sur l'infection tuberculeuse, — et ce chapitre est réellement bien et clairement écrit. — Cemach rejette la possibilité de la tuberculose primitive de l'oreille tant du point de vue anatomique que du point de vue clinique. Quand, par hasard, les bacilles arrivent d'abord dans l'oreille, c'est là le point de départ d'une tuberculose aiguë généralisée et, où l'oreille ne tarde pas à passer à l'arrière-plan. L'otite tuberculeuse est donc toujours secondaire. Quelle est la voie de l'infection? Partie du foyer ganglionnaire, celle-ci peut gagner l'oreille par chacune des trois formes de métastase (hématiche, lymphatique, inoculation). Mais avec une prédilection inégale pour chacune d'elle. L'infection par contact est en effet rare et peut venir du dehors (traumatisme) d'un foyer voisin (glande, os, tissu adénoïdien).

Dans la plupart des cas, l'infection auriculaire se fait par la voie sanguine et ce au 2<sup>e</sup> stade (anaphylactique) de la tuberculose. Cemach en voit deux preuves nouvelles dans l'absence caractéristique de

ganglions et dans la localisation sur l'oreille correspondant au côté du foyer (primitif) pneumo-ganglionnaire.

L'infection par la trompe, c'est-à-dire par métastase d'inoculation, est théoriquement possible dans les cas où l'immunité cellulaire de la caisse est abolie ou diminuée (stade pré-mortel de la tuberculose tertiaire, d'où lésions auriculaires bilatérales ; dans les deux stades de la tuberculose active grâce à une prédisposition organique déterminée par un traumatisme, une inflammation ou d'autres causes analogues). Les preuves réelles en sont du reste jusqu'ici discutables. Ce mode d'infection est en tout cas beaucoup plus rare qu'on ne l'a admis jusqu'ici.

Quant à la voie lymphatique, elle est exceptionnelle et n'a pu être jusqu'ici démontrée anatomiquement.

La fréquence relative de la tuberculose articulaire à la suite des infections aiguës est à rapporter à la « phase anergique ».

**GIORGIO FERRERI. — Les altérations anatomo-pathologiques des osselets au cours des otites moyennes suppurées chroniques envisagées au sujet du traitement.** *Atti. della Clin. otorhino-lar. della R. Università de Roma*, anno. XX, 1922.

Nous avons tiré de ce long mémoire ce qui a trait à la syphilis ; un chapitre est consacré à l'ostéomyélite chronique suppurée syphilitique.

Les lésions syphilitiques chroniques suppurées des osselets se rencontrent dans les deux variétés de syphilis (acquise et congénitale). La première a été peu étudiée vu qu'elle s'associe rarement à une otite moyenne et que la lésion spécifique évolue alors avec une otite moyenne catarrhale hyperplasique où avec de profondes altérations de l'oreille interne.

Les otites moyennes suppurées chroniques qui atteignent les nouveau-nés syphilitiques héréditaires sont en relation avec le *coryza syphilitique*. On connaît la gravité de cette forme de rhinite syphilitique héréditaire qui, par le moyen d'infiltrations gommeuses diffuses, aboutit souvent à la raréfaction et à la destruction du squelette nasal, de manière que l'oreille moyenne arrive à s'infecter par la voie tubaire.

Ces variétés d'ostéomyélites chroniques des osselets tout en ne présentant pas un véritable caractère syphilitique, lui sont liées intimement au point de vue pathogénique et par la propension du malade à contracter des infections rhinogènes.

L'anatomie pathologique a démontré que l'ostéochondrite syphilitique est la manifestation osseuse la plus répandue de la syphilis congénitale. Il se peut que les osselets subissent des altérations sous forme de calcification.

La périostite ossifiante syphilitique constitue une autre altération du type héréditaire qui attaque fréquemment les osselets et s'associe à une ostéochondrite ou à une ostéomyélite de l'os sous-jacent. L'ostéopériostite ossifiante syphilitique engendre une hypertrophie des osselets dont la surface devient rugueuse, déterminant ainsi la rigidité, et provoquant des désordres auditifs graves.

En cas de syphilis acquise, les otites moyennes suppurées chroniques accompagnées d'altérations importantes des osselets, sont imputables soit à la pénétration directe du virus dans la substance osseuse, soit à des lésions secondaires aux rhino-pharyngites, toujours associées aux manifestations syphilitiques, ou encore à des gommes du voile et du rhino-pharynx qui se propagent à la trompe.

Toutes les manifestations syphilitiques, secondaires et tertiaires des premières voies respiratoires peuvent toucher l'oreille moyenne. Depuis le simple érythème syphilitique rhino-pharyngien, jusqu'au catarrhe aigu du cavum, aux plaques muqueuses opalines ou végétantes du voile, du pharynx et des amygdales aux lésions gommeuses, infiltrées ou ulcérées du palais osseux et du voile, il existe toute une gomme d'altérations et des lésions syphilitiques corollaires des otites moyennes suppurées chroniques.

La syphilis secondaire s'attaque de préférence aux osselets renfermés dans l'attique. Gellé en a étudié divers types : le mur de la logette est toujours sanguinolent, granuleux, rouge, revêtu de pus qui se condense et donne lieu à des croûtes noirâtres. Si le mur de la logette est presque totalement rongé par la carie, on voit que la tête du marteau préserve la cavité tympanique de l'air extérieur.

On distingue deux stades en cas d'ostéomyélite chronique syphilitique : 1° Destruction par une carie gommeuse nécrosante ; 2° néoformation osseuse consécutive à la sclérose et à l'hyperostose.

La carie syphilitique est caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par la présence d'un tissu granuleux gommeux qui apparaît sous forme de nœuds gommeux dans la substance osseuse. Ces nœuds se développent principalement sous le périoste, moins souvent dans les espaces médullaires. Outre l'aspect nodulaire, la carie syphilitique peut revêtir la forme d'une infiltration gommeuse diffuse.

L'auteur a eu la chance de pouvoir étudier histologiquement un cas de carie gommeuse du corps de l'enclume associée à une suppuration chronique de la caisse. Il croit que c'est la première observation connue de gomme syphilitique d'un osselet d'origine primitive et non secondaire à des altérations des voies aériennes supérieures.

Une partie du corps de l'enclume était occupée par une formation représentant la gomme syphilitique, qui était constituée par des nodules miliaires résultant d'une infiltration de la paroi-cellulaire périvasculaire et de quelques cellules géantes qui existent rarement dans les tissus tuberculeux granulomateux.

Il faut ajouter à la carie syphilitique gommeuse l'infiltration gommeuse, diffuse au cours de laquelle le tissu granulomateux envahit la totalité de l'osselet, provoquant l'éclosion irrégulière et dissociée des éléments granulomateux dans toute la substance osseuse. Jamais ils ne réussissent à se condenser sous la forme de masses différentes du restant de la substance osseuse, ainsi qu'il advient dans la carie gommeuse. L'infiltration gommeuse diffuse est comparable à l'infiltration tuberculeuse miliaire.

L'ostéomyélite gommeuse est étroitement unie à l'ostéo-périostite syphilitique, qui peut évoluer sans lésions osseuses. Pour les osselets, les deux formes fusionnent, attendu qu'elles collaborent à l'envahis-

sement de l'osselet par la carie syphilitique qui présente beaucoup d'analogie avec la carie tuberculeuse.

Le tissu granuleux syphilitique, issu du périoste, se propage vers les canalicules de Havers et les espaces médullaires pour se réunir au tissu provenant des formations de la moelle.

On sait qu'il y a lieu de distinguer deux phases au cours de la carie syphilitique des osselets, l'une de destruction et l'autre de réparation. À la période érosive, de destruction de la carie syphilitique qui, par des fragments de tissu granuleux syphilitique pénètre de l'extérieur à l'intérieur, perçant l'os de tous côtés par un système compliqué de galeries, fait suite la tentative de réparation et de reconstruction tant de la part de l'os que du périoste. La périostite ostéoplastique syphilitique est fréquente au cours des lésions syphilitiques osseuses et constitue souvent une maladie complètement distincte, sans que l'os sous-jacent y participe en rien.

Pour les osselets, cette périostite ostéoplastique isolée ne se vérifie que dans certaines formes de syphilis héréditaire ; elle est d'observation très rare.

Au contraire, la périostite ostéoplastique s'associe en cas d'ostéomyélite ou de carie syphilitique chronique, à l'ostéite ossifiante, afin de tenter comme pour la carie simple et la tuberculose de réparer par un processus actif de néoproduction osseuse, les pertes osseuses importantes, imputables au tissu granuleux syphilitique. Cette tentative de réparation échoue généralement, vu que les nouvelles lamelles osseuses ne possèdent ni l'harmonie ni la force vitale des anciennes lamelles saines.

Le processus d'ostéopériostite et d'ostéomyélite ossifiante peut réussir en cas de gomme isolée comme celle de l'enclume dont il a été parlé plus haut, mais il est inutile de l'appliquer s'il s'agit d'une infiltration gommeuse diffuse. G. G.

**B.-E. HEMPSTEAD. — Mastoïdite sans participation de l'oreille moyenne.** *Journ. of. Am. Med. As.*, vol. LXXXI, n° 15, 13 oct. 1923, p. 1266.

On peut se demander si le titre du travail est heureux. En effet, comme le fait remarquer Hempstead lui-même les 3 cas relatés, provenant de la clinique Mayo ont tous présenté une histoire d'oreille moyenne à un moment donné de leur évolution. Il s'agit donc bien plutôt d'otite latente ou fruste, guérie au moment où il a été donné d'observer la complication mastoïdienne. Dans le 1<sup>er</sup> cas l'oreille a coulé une semaine et quoiqu'on ait alors porté le diagnostic de furoncle, il est fort vraisemblable, ainsi que le fait remarquer l'auteur, qu'il y a eu une otite moyenne simultanée. Dans le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> cas, il y eut des douleurs d'oreilles qui ne durèrent que très peu de temps, une heure dans le 2<sup>e</sup> cas. — Ce qui a attiré l'attention, c'est la tuméfaction mastoïdienne. Le type indolent de l'infection, la fonte des cloisons intercellulaires transformant la mastoïde en une large cavité et suivie d'un abcès sous-périosté, peuvent expliquer l'absence de douleurs. La structure de l'os doit aussi intervenir ; l'antre et l'aditus ayant été trouvés très petits. Il paraît évident que ces cas ne relèvent pas d'une infection



sanguine. — Dans tous les cas l'examen ne montra rien ni du côté du tympan, ni du côté de la caisse.

Article précédé d'une analyse des travaux anglais et américains sur le sujet.

P. MOUNIER.

ROBERT LEROUX. — **Formes cliniques des mastoïdites aiguës.** *La Consultation*, n° 7, p. 149.

Après avoir décrit la mastoïdite aiguë commune l'auteur étudie : 1° des formes suivant l'évolution : forme suraiguë, ostéomyélique à foyers multiples, périostée, latente, réchauffée. 2° des formes anatomiques ; antrale chez l'enfant, diploïque, pneumatique, observé chez l'adulte. 3° des formes dépendant du siège des cellules, a) mastoïdite péri-auriculaires antéro-supérieure ou postéro-supérieure, b) mastoïdite cervicale à type Bezold s'ouvrant en dedans de la pointe, mastoïdite à type postéro-inférieure et mastoïdite jugo digastrique avec parfois un syndrome du trou déchiré postérieur, c) mastoïdite endocranienne. L'auteur termine en étudiant les mastoïdites des diabétiques et les mastoïdites suivant le germe tuberculeux, pneumococcique, streptococcique, signalant la mastoïdite à staphylocoque de pronostic moins grave.

GAUTHIER.

ANT. PRECECHTEL. — **Phénomènes biologiques de défense et guérison de la plaie opératoire après la trépanation de l'apophyse mastoïde avec ouverture de l'antré.** *Acta Otolaryng.*, vol V, t. III, sept. 1923.

Après la mastoïdectomie, il reste à l'organisme la tâche suivante à remplir : 1° l'élimination de détrit ; 2° la lutte finale contre l'infection ; 3° la régénération du tissu détruit.

La défense contre l'infection est : 1° générale par l'augmentation de la capacité antitryptique du sang ; 2° locale : a) par les leucocytes, dont l'activité est secondée par les opsonines, stimulines, et les substances leucophylactiques (chlorate de magnésium) ; b) par les oxydases, catalases, protéases, lipases et lipoïdases.

Ces réactions provoquent principalement une immunité locale dans les granulations, qui constituent l'organe de la défense.

L'immunité peut être troublée par suite d'une infection intense, ou par une faible résistance de l'organisme, et elle peut être empêchée mécaniquement par le changement des pansements, etc. L'état et le cours de cette immunité se laissent contrôler en mesurant la température, le pouls, par l'observation de l'image du sang d'Arneth, par l'index opsonique, et enfin au moyen de la pyoculture.

La deuxième des fonctions principales des granulations est la régénération. La régénération de l'os ne se fait d'ordinaire qu'en partie, car elle ne peut se développer complètement à cause des conditions défavorables. En général la régénération est contrariée par l'épidermisation de la plaie, l'infection, le dessèchement des granulations. Elle suit un cours plus favorable dans les plaies fermées, et elle est secondée par certaines irritations (hormone, hyperémie, chaleur, humidité, bon terrain de nutrition, tranquillité). L'hématome est un

bon terrain de nutrition dans les régénérations par voie aseptique, mais non dans un terrain infecté, comme c'est le cas pour la cavité de la plaie après la mastoïdectomie. Nous devons alors presque toujours nous contenter d'une fausse régénération en ce qui concerne la formation des granulations, qui se forment en grande partie du périoste, et très peu de l'os. Le pus lui-même est un bon terrain de nutrition pour les granulations.

Dans le traitement de la mastoïdectomie notre tâche consiste à seconder les procédés naturels, c'est-à-dire l'auto-stérilisation et la régénération, en favorisant la formation des granulations.

L'autostérilisation est très peu secondée par les moyens antiseptiques. Il est préférable d'appliquer les produits ou les méthodes susceptibles de favoriser les fonctions vitales (iodoforme, chlorate de magnésium, le traitement au grand air etc.). Toutes ces méthodes doivent être rationnellement combinées. Le remplissage de la cavité de la plaie par du sang et la suture complète de la plaie doivent être évités, car la plaie est toujours infectée. Dans la plupart des cas, il est plus avantageux de suturer la plaie jusqu'au pôle inférieur, et d'introduire à cet endroit un petit drain. Il faut surtout prendre soin de suturer la plaie en face de l'antre, pour que celui-ci se referme bientôt par granulations du périoste qui lui fait face. Dans les cas où la plaie est traitée en restant béante, il est préférable d'avoir recours à la méthode de Bier, et d'employer les sutures secondaires. L'organothérapie par l'extrait du thymus se trouve encore à l'état d'expérience.

Bien que le traitement pratiqué sur la base des principes indiqués amène dans la majorité des cas la guérison de la plaie, il arrive pourtant que dans quelques cas, cette guérison est retardée, ou plus ou moins défectueuse, et cela pour différentes raisons : séquestre, croissance de la muqueuse de l'antre dans la plaie de trépanation, infection secondaire, nature tuberculeuse de la maladie, diathèse exsudative, tamponnement trop serré, dessèchement de la plaie, ou bien encore anomalie de constitution du sujet. Si l'on arrive à reconnaître les causes de ces défectuosités, et à les éliminer, la guérison ne tarde pas à se produire. Dans les cas où il était impossible de déterminer la cause de l'absence complète de granulation, et où il fallait admettre une anomalie de constitution, l'auteur a fait deux fois avec le meilleur succès l'implantation dans la plaie de trépanation d'un lambeau du sterno-cleïdo-mastoïdien. De même la méthode de Passow — implantation d'un lambeau de périoste dans la cavité — s'applique avec succès. Par contre, les méthodes de Politzer, Küster, et Winkler sont moins recommandables. On peut enfin faire disparaître les cicatrices de la plaie par la plastique pratiquée assez longtemps après la guérison de cette dernière.

L'auteur.

O. BENESI. — **Contributions cliniques aux affections inflammatoires de la capsule labyrinthique.** *Monats. f. Ohr.*, t. LVII, 1923, f. 9, p. 768.

A la dénomination classique de paralabyrinthite, Benesi préfère celle de paraotite interne. Il décrit :

1° *La paraotite interne avec arrosion de la paroi latérale de la*

*capsule.* — Dans la moitié des cas, on retrouve le vertige dans les antécédents et souvent des céphalées, des douleurs auriculaires ou mastoïdiennes, de la rétention, de la suppuration fétide malgré le traitement. L'audition est habituellement mauvaise, la destruction tympanique complexe. Le nystagmus spontané est très fréquent, généralement rotatoire et quand il manque, on ne retrouve pas de vertiges dans les antécédents. Au point de vue opératoire, un bon signe est le saignement de l'os au voisinage de la paroi latérale de la capsule labyrinthique. Cette arrosion peut d'ailleurs évoluer sans symptômes; dans le cas contraire, ceux-ci se passent après l'opération. On doit donc admettre que cette arrosion ne s'accompagne pas d'une extension du processus à l'intérieur du labyrinthe.

2° *La paraotite interne suppurée avec fistule.* — Plus fréquente chez les hommes, elle est caractérisée par : une suppuration très fétide, des vertiges très marqués, une surdité accentuée pouvant aller jusqu'à la cophose, des céphalées et des bourdonnements, quelquefois de la paralysie faciale; des granulations, du cholestéatome pouvant s'accompagner d'ostéite du conduit. Le nystagmus spontané est habituellement dirigé du côté malade. La réfectivité labyrinthique est conservée; le signe de la fistule existe dans la moitié des cas. Pas de symptômes cérébraux. Température normale. Si elle ne se complique pas (séquestres), cette forme guérit par la radicale, mais le plus souvent avec aggravation de la surdité.

3° *La paraotite interne guérie avec exostoses.* — Le plus souvent il y a du nystagmus spontané et des vertiges. La guérison survient après la radicale. Dans la plupart des cas l'exostose est le mode de guérison d'une fistule. Mais elle peut survenir indépendamment de cette dernière.

A. GUÉRIN. — **Contribution à l'étiologie de la surdi-mutité.**  
*Journ. de Méd. de Bordeaux*, du 10 octobre 1923.

Ce travail est basé sur une statistique recueillie à l'Institution des sourdes-muettes de Bordeaux. L'étiologie de la surdi-mutité est particulièrement difficile à étudier, car les renseignements manquent souvent, ou sont plus ou moins faussés volontairement par les parents.

L'hérédité directe est rare, mais certaine et parfois particulièrement tenace. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les mariages entre sourds-muets donnent très peu de sourds : de 59 mariages entre sourds muets sont issus 114 enfants normaux et 4 sourds-muets seulement. L'hérédité indirecte elle, peut s'observer même pour des parents éloignés.

La consanguinité apparaît comme notablement plus fréquente que l'hérédité; mais l'association de la consanguinité et de l'hérédité ne semble pas augmenter l'influence de ces deux causes.

*Rôle des maladies.* — a) Affection de la mère au cours de la grossesse; c'est une cause rarement invoquée;

b) Maladies infectieuses des enfants : la méningite, les convulsions se retrouvent fréquemment dans les antécédents;

c) Otites : elles sont assez rarement en cause;

d) Autres maladies (rougeole, scarlatine, typhoïde) : on les trouve

à l'origine d'un certain nombre de cas. L'alcoolisme, la syphilis sont très probablement beaucoup plus souvent à incriminer que ne semblent l'indiquer les statistiques.

*Etat de santé des frères et sœurs.* — La surdi-mutité se rencontre assez fréquemment chez un ou deux frères ou sœurs et le plus souvent, fait paradoxal, sans que l'on relève aucun antécédent héréditaire.

*Surdité mutité congénitale ou acquise.* — La discrimination est souvent difficile à faire entre les deux origines.

En résumé, la surdi-mutité acquise a comme cause la plus fréquente la méningite. La surdi-mutité congénitale peut être due à la consanguinité ou à l'hérédité; mais dans beaucoup de cas l'étiologie est obscure et on ne trouve aucun antécédent.

Les mariages entre sourds-muets donnent très peu d'enfants sourds-muets; la consanguinité est beaucoup plus néfaste.

M. BUNEAU.

L. HOFMANN. — **Contribution à l'anatomie de la surdi-mutité.** *Monatsch. f. Ohr.*, t. LXVII, 1923, n° 10, p. 826.

Examen histologique détaillé des oreilles d'une fille de 5 ans, avec otorrhée droite, n'ayant plus parlé depuis l'âge de 3 ans, et morte de bronchopneumonie rubéolique. — Le cas tient le milieu entre le type I de surdité congénitale de Siebenmann. (Restes auditifs avec modifications réduites de l'organe de Corti, peu de modifications du labyrinthe, mais ossification des fenêtres) et les cas à constatations négatives, comme on les a décrit récemment. En effet le cas analysé diffère des premiers par l'absence d'altérations de l'oreille moyenne et des seconds par l'existence d'altérations, légères il est vrai, du labyrinthe membraneux. L'otite chronique n'est d'ailleurs pas mis en cause.

Au point de vue étiologique, on peut éliminer l'inflammation. A part une légère atrophie du segment basal de l'épanouissement du nerf cochléaire, tout a été trouvé normal en effet: capsule labyrinthique, et avant tout le limaçon avec le modiolus, les canaux sous-circulaires, le vestibule et les nerfs. Il y a donc eu un développement normal et on peut aussi penser qu'il en a été de même pour la papille. D'ailleurs en beaucoup de points l'organe de Corti est normal.

Il est plus probable qu'il s'agit d'une altération postérieure à la vie intra-utérine. Le fait que les modifications portent sur la strie vasculaire et la papille, indique qu'il y a une collération entre les deux. Il est difficile d'ailleurs de dire laquelle. Puisque l'enfant avait parlé à un moment donné, il est vraisemblable que les restes auditifs ont été d'abord plus considérables et que ce n'est qu'avec les progrès de l'atrophie de la papille et donc de la surdité, que l'enfant devient muet. Hofmann voit comme raison de cette atrophie un amoindrissement de l'organe en rapport avec un affaiblissement congénital du germe. De fait, quoique l'enfant ne présentait pas de symptômes hérédosyphilitiques, il faut signaler la syphilis du père et les fausses-couches de la mère.



**PRÉCECHTEL** (clinique Kulvirt, Prague). — **Remarques diagnostiques et thérapeutiques à propos de deux cas d'abcès cérébelleux d'origine auriculaire.** *Casopis lékařu českých*, 1923 n° 17.

Communication de deux cas dont un ne fut diagnostiqué que par l'examen nécropsique. Dans ce cas les signes de labyrinthite, suivis de méningite et de thrombophlébite du sinus latéral, prédominaient dans le tableau clinique, dans l'autre cas l'abcès du cervelet n'a pas produit de symptômes topiques et le diagnostic fut basé seulement sur des signes généraux. L'abcès fut découvert pendant l'intervention par la ponction. Ouverture large, drainage par une mèche de gaze, guérison. En ce qui concerne le diagnostic différentiel en cas d'absence de signes de foyer, la réduction du champ visuel observé par Cushing dans les cas d'abcès du lobe temporal constitue un signe très important. — Dans le traitement postopératoire l'auteur pratique des ponctions lombaires à l'occasion de chaque pansement, surtout s'il y a une hernie cérébelleuse. Après qu'on eut enlevé 8 à 10 centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien, la hernie disparut et la plaie s'élargit de sorte qu'on put bien la drainer. — Une irrigation à l'éther de la face antérieure de l'hémisphère gauche du cervelet fut suivie d'une déviation de l'index en dedans, ce qui confirme l'opinion de Barany qu'il y a dans le lobe digastrique un centre pour le mouvement du bras en dedans.

WISKOVSKY (d'après l'analyse de l'auteur).

**P. HENINS.** — **Abcès du cerveau d'origine otique, survenant après la guérison de la suppuration de la cuisse.** *Acta Otolaryng.*, Vol. V, f. 3, septembre 1923.

A propos d'un cas personnel, l'auteur a rassemblé 19 cas analogues dans la littérature.

L'auteur

**ZADVISKA** (Bratislava). — **Une nouvelle technique de la réaction calorique.** *Casopis lékařu českých*, 1923, n° 16.

Dans les cas où les épreuves caloriques par irrigation sont contre-indiquées à cause d'une perforation tympanique, l'auteur se sert d'un tampon d'ouate stérilisé, imbibé de chlorure d'éthyle et placé sous contrôle de la vue soit dans la caisse (en cas de grandes perforations de la membrane), soit sur la membrane du tympan. Il mesure l'existabilité vestibulaire par le temps écoulé entre la mise en place du tampon et l'apparition du nystagmus.

Voici les résultats obtenus par l'auteur :

La membrane tympanique étant normale, le nystagmus apparaît après trente secondes (27-35") si l'excitabilité de l'appareil statique est normale. L'apparition du nystagmus après 35" démontre une hypo-excitabilité légère. En cas d'une hypo-excitabilité accentuée l'évaporation de chlorure d'éthyle ne provoque aucun nystagmus quoiqu'on puisse encore le provoquer par irrigation. Dans des otites moyennes aiguës et chroniques avec excitabilité normale du labyrinthe, l'apparition du nystagmus dépend de l'état actuel de l'oreille

moyenne. Dans les otites aiguës le nystagmus apparaît au plus tard au bout de cinquante secondes. Encas d'une perforation sèche après 23-25" au moyenne; s'il y a quelques fongosités, au bout de 26"; s'il s'agit de cholestéatome ou s'il y a des fongosités très nombreuses, la réaction ne se montre qu'après 38-45". WISKOVSKY (Bratislava).

J. KARLEFORS. — **Post-réactions vestibulaires et particulièrement la post-réaction calorique.** *Acta. Oto. Lar.*, Vol. V, f. 3, septembre 1923.

Après avoir passé en revue les post-réactions vestibulaires publiées jusqu'ici, l'auteur communique deux post-réactions caloriques, trouvées par lui. Dans quelques cas, observés chez des sujets d'une vingtaine d'années, il a noté du nystagmus et de la déviation de l'index, faisant suite aux réactions normales bien connues.

Dans la réaction calorique on peut constater, au moyen de l'appareil de Barany pour l'étude de la contre rotation des yeux, de la rotation des yeux. Or celle-ci persiste trois ou quatre minutes après la cessation du nystagmus. Les recherches faites jusqu'ici font penser à l'auteur qu'il ne s'agit pas là d'une action du canal vertical antérieur. Par assimilation avec l'origine otolithique de la rotation des yeux dans l'inclinaison latérale de la tête (De Kleyn et Magnus). Karlefors pense qu'il s'agit d'une manifestation ayant son point de départ dans l'appareil otolithique.

L'auteur

KREIDL et GATSER. — **Analyse de quelques manifestations postrotatoires.** *Mon. f. Ohr.*, t. LVII, n° 10, p. 874.

Il s'agit uniquement de ce qui se passe après la cessation de la rotation passive.

1° Durée comparative de la sensation vertigineuse et de la déviation oculaire : La déviation oculaire persiste plus longtemps que les sensations vertigineuses.

2° Influence de la direction du regard sur la déviation oculaire. Après la rotation la déviation oculaire est toujours plus accusée qu'elle peut l'être par le regard latéral extrême volontaire. Les globes oculaires entraînés dans un sens du fait de l'épreuve, ne peuvent être volontairement déplacés en sens opposé plus loin que la ligne médiane (de la fente palpébrale).

3° Après la rotation, et une fois la sensation vertigineuse disparue, c'est-à-dire pendant toute la durée de la déviation oculaire, la personne en expérience ne peut marcher droit. Elle dévie à gauche après une rotation à droite et inversement, c'est-à-dire dans la direction du vertige postrotatoire.

A. DE KLEIJN (Utrecht). — **La physiologie expérimentale du labyrinthe.** *Journ. of Laryng. and. Otol.*, vol. XXXVIII, n° 12, décembre 1913, p. 646.

L'auteur rassemble dans son travail ses résultats d'expérimentation des dix dernières années. La base de la physiologie expérimentale du

labyrinthe est constituée par l'idée de Breuer sur la division des réflexes labyrinthiques en réflexes cinétiques et statiques, opinion qui est en accord complet avec l'anatomie (canaux semicirculaires, appareil otolithique). L'examen physiologique séparé de ces deux appareils est assez compliqué pour des raisons d'ordre technique ; et ce n'est que tout récemment que de Burlet et Hofman (d'Utrecht) ont réussi à extirper la membrane otolithique sacculaire sur des mammifères (lapins) à l'aide du microscope opératoire de Zeiss. Jusqu'à présent on n'avait en effet réussi que sur des poissons. Encore ne peut-on enlever que l'otolithe du saccule, celui de l'utricule étant en rapport trop intime avec les canaux semicirculaires. Bien que l'on puisse à l'heure actuelle examiner séparément les réflexes labyrinthiques par la méthode de Withmaack, l'auteur espère arriver sous peu, toujours grâce au microscope, à sectionner les différents faisceaux nerveux, sans toucher au labyrinthe.

La division des réflexes labyrinthiques que préconise de Kleijn est la suivante :

1° Réflexes cinétiques (canaux semicirculaire).

a) Réactions rotatoires et postrotatoires (avec nystagmus) de la tête, des yeux.

b) Réactions de mouvements progressifs.

2° Réflexes toniques, statiques (appareil otolithique).

a) Réflexes toniques de la musculature du corps.

b) Réflexes de maintien de l'attitude céphalique normale.

c) Positions compensatrices des yeux.

Inutile d'insister sur les réactions rotatoires et postrotatoires dont l'examen est devenu d'une pratique courante. Les principales réactions de mouvements progressifs sont de trois ordres.

a) *Réaction verticale*. — Un animal placé sur une table, défléchit les membres après un mouvement ascensionnel ; le mouvement opposé donne une réaction contraire, c'est-à-dire une flexion des membres à la fin du mouvement.

b) *Réflexe de l'extension des orteils*. — En faisant un mouvement vertical avec un cobaye soutenu librement dans l'espace, on provoque une extension des orteils des pattes de derrière.

c) *Réflexe saltatoire*. — Un animal maintenu dans une position horizontale avec une main autour de la nuque, avec l'autre sous les flancs et faisant subitement un mouvement passif en avant et en bas, fait un mouvement d'extension de ses extrémités antérieures. Ce réflexe est extrêmement important pour l'animal quand il saute. Ces trois réflexes sont labyrinthiques, car ils disparaissent après l'extirpation bilatérale des labyrinthes. Ils sont provoqués dans les canaux semicirculaires, car ils persistent après destruction de la membrane otolithique. La possibilité d'une participation otolithique, notamment de l'otolithe utriculaire, n'est pas exclue, étant donnée la proximité de l'otolithe utriculaire des canaux semicirculaires ce qui exclut l'expérience de la destruction séparée.

Les mouvements progressifs sont donc le résultat de la combinaison statocinétique des réflexes.

Dans l'expérimentation des réflexes statiques, il faut s'assurer avant tout, s'ils sont réellement labyrinthiques, c'est-à-dire s'ils dispa-

raissent après destruction bilatérale du labyrinthe, s'ils sont d'origine otolithique, c'est-à-dire s'ils disparaissent après destruction de la membrane otolithique, et enfin, s'ils sont vraiment toniques, c'est-à-dire s'ils persistent pendant toute la durée d'une position de la tête dans l'espace.

Pour éliminer toute cause d'erreur possible, il faut exclure les réflexes toniques provoqués dans les muscles cervicaux (fixation de la tête et du cou par un plâtre, ou section des racines cervicales) et les réflexes cinétiques. Mais comme ces derniers sont transitoires, il suffit d'attendre quelques minutes après changement de position de la tête pour examiner les réflexes statiques.

Quelles sont les relations du tonus musculaire avec l'appareil otolithique? Il n'y a qu'une position de la tête dans l'espace, dans laquelle le tonus des extenseurs atteint son maximum de même qu'il n'en existe qu'une seule pour le tonus minimum de l'extenseur. Les rapports du tonus des fléchisseurs sont exactement inverses, de sorte que dans la position commandant le tonus maximum des extenseurs, nous obtenons un tonus minimum des fléchisseurs. Ces relations s'expliquent aisément par la situation des maculae, l'une par rapport à l'autre dans le labyrinthe. Chaque labyrinthe commande les muscles de chaque côté; les muscles du cou par contre ne sont en relation avec le labyrinthe que du même côté. C'est pourquoi après destruction d'un seul labyrinthe, la tête se tourne vers le côté détruit. Mais ces deux groupes de réflexes peuvent se combiner dans leurs effets, et l'on peut admettre que le résultat de leurs influences combinées représente dans toutes les positions la somme algébrique des influences provoquées par les réflexes toniques labyrinthiques et cervicaux.

On peut étudier ces réflexes sur tous les animaux décérébrés ou sur quelques animaux avec peu de mouvements volontaires (lapins, cobayes) ou avec beaucoup de mouvements volontaires (chiens, singes, chats), à condition qu'ils soient endormis.

La recherche des réflexes toniques en général, sur le malade, est très difficile et ne réussit guère que sur des enfants.

Le réflexe de maintien de l'attitude céphalique normale a pour base l'expérience suivante: Si l'on fait effectuer à un cobaye soutenu dans l'espace différents changements d'attitude du tronc, la tête reste dans la même attitude normale. Ce phénomène est attribuable aux labyrinthes, car il disparaît après destruction bilatérale. L'expérimentation nous amène à conclure avec certitude que l'excitation est la plus forte quand la membrane otolithique comprime l'épithélium sensoriel. C'est pourquoi la tête est maintenue dans une attitude symétrique, les deux labyrinthes étant intacts, et l'excitation otolithique étant par conséquent de force égale de chaque côté. Ces réflexes de maintien sont supprimés chez les animaux à mésencéphale et chez les animaux normaux ayant quelques mouvements oculaires volontaires après extirpation bilatérale du labyrinthe. Chez les animaux par contre, tels que les singes, chiens et chats, etc., la tête est maintenue dans la même attitude, malgré la destruction des deux labyrinthes, grâce à leurs yeux.

Nous arrivons maintenant aux attitudes compensatrices des globes oculaires. Il ne faut pas les confondre avec les mouvements des



globes oculaires qui relèvent d'une excitation ampullaire. Ce sont les seuls réflexes toniques qui puissent être mesurés exactement. Il existe deux formes, l'une rotatoire, l'autre verticale. En faisant une croix au cautère sur la cornée d'un lapin ou d'un cobaye et en utilisant un appareil cinématographique, on peut enregistrer tous les moindres changements de position. On observe alors qu'en cas d'intégrité labyrinthique, dans le passage de la tête d'une attitude dans une autre, les globes oculaires pour atteindre leur nouvelle position dans l'orbite, font des mouvements par lesquels ils essaient de retrouver leur position originale dans l'espace.

Pour comprendre la valeur physiologique de ces déviations compensatrices des globes oculaires, il faut connaître les réflexes toniques, cervicaux sur les muscles oculaires. Ces réflexes, découverts et étudiés par Barany, produisent le même effet sur les muscles oculaires que les réflexes toniques labyrinthiques. Il est évident que les observations cliniques de ces réflexes n'abondent pas ; l'auteur en a vu deux cas à la clinique neurologique d'Utrecht.

Les attitudes compensatrices des globes oculaires d'origine labyrinthique sont les seuls réflexes toniques labyrinthiques dont l'étude puisse se faire sur les personnes normales. Mais les yeux étant placés chez l'homme dans le plan frontal, on obtient en position latérale de la tête une déviation compensatrice rotatoire des globes oculaires au lieu d'une verticale comme chez le lapin. Pour les positions céphaliques dans le plan sagittal les déviations sont verticales au lieu de rotatoires comme chez le lapin. Deux méthodes objectives sont à notre disposition pour mesurer les déviations rotatoires chez l'homme, la méthode de Barany et celle de Van der Hoeve. L'appareil de ce dernier n'est utilisable que sur les yeux astigmatiques.

L'auteur en ajoute une troisième, assez simple, copiée sur celle dont on se sert pour les animaux.

L'auteur exprime en somme dans son travail d'une façon plus étendue ce que Breuer avait prétendu en 1875 en disant qu'une grenouille après destruction des deux labyrinthes était complètement désorientée dans l'eau en raison de l'incoordination de fonctionnement des labyrinthes, des globes oculaires et de la sensibilité des parois du corps.

QUIRIN.

**PRECECHTEL. — Fonction physiologique de l'appareil otolithique chez le fœtus.** *Casopis lékařu českých*, 1923, n<sup>os</sup> 28-29.

D'après les données physiologiques l'appareil otolithique sert à observer les diverses positions par rapport à la verticale et à entretenir des tensions dans divers groupes de muscles des yeux, du tronc, des membres. L'auteur pense que c'est l'appareil otolithique qui rend possible l'orientation du fœtus et qui explique la fréquence de la présentation du sommet. Precechtel fonde sa théorie sur les raisons suivantes : Le développement précoce de l'appareil otolithique, la myélinisation prématurée du nerf vestibulaire qui précède celle des autres nerfs sensitifs et sensoriels (Bechtérew), l'observation de réflexes toniques d'origine otolithique chez des fœtus de 2, 5 mois (Wiskovsky), l'observation d'un fœtus s'étant présenté par extrémité pelvienne et

dont l'appareil otolithique était défectueux, ce qui a causé plus tard des troubles statiques; surtout un retard remarquable de la faculté de s'asseoir et de marcher.

WISKOVSKY.

**DALCHÉ et LABERNADIE. — Les rapports de l'oreille avec l'appareil génital de la femme et les endocrines en général.** *Presse Médicale*, n° 77, septembre 1923, p. 813.

Cet article, fort intéressant pour les spécialistes, nous montre combien l'otolaryngologiste ne doit pas se borner à bien connaître « sa partie » mais doit être un vrai médecin dans la bonne acception du terme. L'oreille fait partie « du tout » et nombreux sont les affections générales qui retentissent sur l'appareil auditif. Après avoir passé en revue les différentes affections nasales et auriculaires (rhinite hypertrophique, catarrhe tubaire, otospongiose, otosclérose, vertiges et troubles labyrinthiques) que l'on rencontre au cours de la vie génitale (puberté, grossesse, ménopause) ou à l'occasion d'affections génitales (ptoses, malformations, etc.). Dalché et Labernadie étudient surtout les rapports qui peuvent exister entre les différentes glandes endocrines, le sympathique et la circulation, l'oreille et ses dépendances. Toutes les glandes endocrines (thyroïde, hypophyse, épiphyse, moëlle osseuse, surrénales, ovaires) peuvent réagir sur l'oreille et l'on constate de la surdité, des bourdonnements, du vertige aussi bien chez les dysthyroïdiens que chez les chlorotiques... ou les simples nerveux ou anxieux. Nombreux sont les auteurs qui ont déjà vu les rapports de l'otospongiose avec une dysendocrinie ovarienne. L'otospongiose ne débute-t-elle pas avec la puberté, ne s'aggrave-t-elle pas avec les grossesses, l'allaitement; ne s'améliore-t-elle pas avec la ménopause? Les déductions thérapeutiques sont faciles à trouver. Cependant, il semble que l'extract hypophysaire seul agisse et bien peu, sur la spongiose, l'hypophyse étant, il est vrai, un frénateur de la fonction ovarienne.

E. HALPHEN.

**KRIVY (Clinique neurologique Bratislava). — Polynévrite cérébrale-meniériforme à la suite de l'avortement.** *Casopis lékařu českých* 1923, n° 19.

Femme de 27 ans, non syphilitique, dix jours après l'avortement spontané malaise général, élévation thermique légère suivie de l'apparition de parésie du moteur oculaire commun (parésie du releveur de la paupière supérieure et du droit interne) et des paralysies du moteur oculaire externe, facial, nerf vestibulaire, glosso-pharyngien, pneumogastrique et spinal. Il n'y avait aucun signe d'une lésion cochléaire. Le syndrome de Vernet était constitué seulement par des troubles moteurs sans l'atteinte des fibres sensitives et sensorielles. L'évolution de ces paralysies s'effectua en huit jours, leur disparition se fit successivement en cinq semaines. Se méfiant de l'étiologie *a frigore* de la polynévrite en question l'auteur croit à l'origine infectieuse.

Parmi les 31 cas publiés jusqu'ici il y en a 8 d'origine syphilitique. L'affection comprend dans 13 cas deux nerfs, dans 16 cas trois nerfs,

dans deux cas 4 nerfs; l'atteinte de 6 nerfs est observée une fois; dans le cas de l'auteur 7 nerfs sont lésés. Dans tous les cas l'acoustique est touché (28 fois les deux rameaux, 3 fois le nerf vestibulaire seul, 2 fois le nerf cochléaire). La fréquence des paralysies des autres nerfs craniens est différente. Facial dans 29 cas, trijumeau 17, moteur oculaire externe 4, moteur oculaire commun 3, optique 2, olfactif 1, de même que le glossopharyngien, pneumogastrique, spinal et le grand occipital. Dans un cas on pouvait observer le syndrome de Claude-Bernard Horner.

Après avoir cité quelques cas de polynévrite bilatérale des nerfs craniens avec atteinte de la huitième paire et les observations de polynévrite comprenant sauf les nerfs craniens aussi les nerfs rachidiens l'auteur trouve qu'une délimitation de ces formes avec la polynévrite cérébrale meniéforme typique est impossible, de même que celle-ci ne peut pas être toujours distinguée d'une lésion apparaissant isolée. On a observé, par exemple, la névrite isolée du nerf vestibulaire avec le zona au niveau du pavillon indiquant d'après Hunt une affection du nerf intermédiaire.

La névrite cérébrale meniéforme n'est pas une entité morbide présentant quelque symptôme permettant sa distinction d'avec les autres névrites infectieuses ou toxiques. La coexistence la plus fréquente des lésions de l'acoustique, du facial et du trijumeau semble être due à leur moindre résistance contre l'influence des agents toxiques ou infectieux. Cette susceptibilité dont nous ne connaissons pas encore les causes se montre également par des affections isolées des nerfs en question.

WISKOVSKY (d'après l'analyse de l'auteur).

ZAVISKA (Bratislava). — **Névrite acoustique due à la nicotine.**  
*Casopis lékařu českých*, 1913, n° 17.

La nicotine attaque seulement le rameau cochléaire dans son trajet pétrolabyrinthique. L'évolution de la névrite peut être rapide (au cours de quelques heures) ou lente sous forme de surdité chronique progressive. Conformément aux résultats des expériences de de Kleijn, l'examen des cas observés par l'auteur démontre, que les troubles vestibulaires sont provoqués par une lésion du centre du nystagmus, le nerf vestibulaire lui-même n'étant pas touché.

L'auteur rapporte les observations de quatre malades non syphilitiques, dont l'interrogatoire et l'examen général n'ont pu démontrer aucune cause acceptable de névrite sauf l'intoxication par la nicotine.

Dans le premier cas on pouvait constater une surdité unilatérale complète qui s'est développée chez un malade de 37 ans ayant consommée pendant une soirée 30 cigarettes. Dans la nuit, apparition de bourdonnements, de vertiges et de vomissements, le matin, surdité de l'oreille droite.

Dans le deuxième cas la diminution de l'ouïe s'est produite lentement au cours de 13 ans. Perception de la voix haute à 3 mètres (l'oreille droite), 4 mètres (l'oreille gauche). La lésion de l'oreille interne comprenant seulement le nerf cochléaire.

Chez le troisième malade il y eut une affection du nerf cochléaire durant 9 ans. La voix haute est perçue à 2 mètres de deux côtés. Depuis une année le malade souffre de temps en temps des vertiges. Nystagmus spontané (II degré) des deux côtés. Durée du nystagmus postrotatoire et réactions caloriques normales.

Le quatrième malade présente des troubles auditifs apparus il y a une année. L'acuité auditive est réduite à 2 mètres pour la voix haute. Pas de troubles vestibulaires.

Dans les quatre cas relatés il n'y avait aucune lésion du nerf optique. Il semble donc que la nicotine attaque plus souvent le nerf acoustique que l'optique.

WISKOVSKY (Bratislava).

KRIVY et WISKOVSKY (Bratislava). — **Contribution à la seméiologie de la paralysie unilatérale du IX, X et XI nerfs craniens d'origine périphérique.** *Sbornik lékařsky* 1923.

Après un court historique de la question sur le rôle du pneumogastrique et du spinal dans l'innervation motrice du larynx les auteurs reproduisent la conception des auteurs français (Vernet, Villaret, Sicard, Collet) en ce qui concerne les paralysies isolées et associées des nerfs en question, le siège et la nature des lésions, qui peuvent les produire.

Dans le cas relaté, observé plus d'une année, la paralysie de la corde vocale droite fut suivie de la paralysie du constricteur du pharynx et de la moitié correspondante du voile avec hyperesthésie de la muqueuse dans les régions atteintes. Ce ne fut qu'au bout de six mois qu'on put constater l'abolition du goût dans le tiers postérieur de la langue et l'anesthésie du voile et de la muqueuse pharyngée du côté droit, nettement limitée par la ligne médiane. La sensibilité du larynx est restée normale jusqu'à la fin quoiqu'il n'y eût aucun doute que la lésion du pneumogastrique siégeait au-dessus de l'émergence du nerf laryngé supérieur. L'atteinte du sympathique se présenta sous forme de syndrome de Claude-Bernard Horner (exophtalmie, myosis). L'altération du goût s'étendit plus tard sur la moitié droite entière de la langue sauf la pointe par abolition successive de la perception de l'amer, plus tard du salé et du sucré, plus tard encore de l'acide. Au bout d'une année le tableau clinique fut complété par la paralysie du grand hypoglosse du côté droit, produisant l'atrophie de la moitié de la langue avec déviation de la pointe vers le côté malade. Au niveau du cou on pouvait sentir en arrière de la branche montante de la mâchoire inférieure une résistance douloureuse à surface bosselée. Le malade souffrait de douleurs intenses dans la moitié droite de la tête et du cou. Réaction de Bordet-Wassermann plusieurs fois négative; une cure antisiphilitique est restée inefficace. Diminution temporaire de la résistance et des douleurs après l'application de rayons X. Quelques semaines avant l'issue fatale, troubles d'équilibre, subrétroactivité de l'appareil statique du côté droit. Fond d'œil normal. L'affection ayant duré une année et demie le malade est mort en dehors de la clinique. L'autopsie ne fut pas possible.

Il s'agissait donc d'un syndrome du trou déchiré postérieur d'après Vernet (sans l'atteinte du spinal externe) qui s'est transformé en syn-



drome de Villaret, la lésion étant causée probablement par une tumeur qui ayant pris naissance dans le groupe des ganglions de Krause a plus tard envahi l'espace rétroparotidien postérieur.

La sensibilité du larynx étant normale et les signes de la paralysie du cricothyroïdien cachés par la paralysie simultanée des muscles éolaryngés, il n'y avait aucun signe de paralysie du nerf laryngé supérieur. On a expliqué la sensibilité normale du larynx dans des cas pareils par un passage de filets sensitifs de l'autre côté. D'après plusieurs auteurs on peut trouver la même disposition au niveau du pharynx et du voile. S'appuyant sur les recherches faites dans le cas relaté (apparition de l'hémi-anesthésie du pharynx et du voile quelques mois après la paralysie motrice et ses limites nettes dans la ligne médiane), les auteurs attribuent l'absence de l'anesthésie observée dans quelques cas à la résistance plus grande des fibres sensitives.

Bien qu'il n'y eût aucun signe de lésion du nerf lingual, les troubles de goût sont apparus dans son domaine en rapport peut-être dans ce cas exceptionnellement avec des filets fournis par le glossopharyngien. L'abolition successive de la perception de l'amer, du salé et du sucre permet de supposer l'existence des fibres périphériques isolées pour les diverses qualités du goût.

WISKOVSKY (Bratislava).

LERICHE et WERTHEIMER. — **Sur l'abord des tumeurs de la région du chiasma obtenue par voie intra-durale.** Soc. de chirurgie de Lyon, 23 février 1923, in *Lyon chirurg.*, juillet-août 1923.

Les auteurs ont opéré ce cas suivant le plan opératoire tracé par HAUER ; volet ostéo-plastique, fronto-pariétal à charnière temporale. Taille d'un lambeau dural sans ouvrir les espaces sous arachnoïdiens. Cheminement vers le chiasma entre le lobe temporal et le lobe frontal. Pas d'hémorragie.

On ne vit pas de tumeur du chiasma. Il aurait, d'ailleurs, été très facile de l'enlever. Suture de la dure-mère et réapplication du volet. Suites opératoires bonnes. Pas de résultats pour la vision, mais les maux de tête et les vomissements ont disparu.

SARGNON.

MOURIQUAND, RAVAUULT ET CHASSARD. — **Syndrome adiposo-génital avec selle turcique normale.** Soc. méd. des Hôpitaux, 9 janvier 1923, in *Lyon médical*, 10 avril 1923.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans.

Nous signalons le cas, car les lésions de la selle turcique intéressent souvent le rhinologiste.

SARGNON.

MAC CONNEL. — **De la ventriculographie dans la localisation des tumeurs intra-craniennes.** *British med. Journal*, 3 novembre 1923, p. 796.

Si l'on substitue de l'air au liquide de l'un des ventricules cérébraux et qu'on prenne ensuite une radiographie, le ventricule rempli d'air apparaîtra en clair dans la radio. Quand la photographie d'un ventricule est prise, on tourne lentement la tête du malade pour que

l'air pénètre par les trous interventriculaires dans le ventricule opposé qui est alors photographié. Si les deux ventricules latéraux sont dilatés, la tumeur est probablement sous la tente du cervelet. Si l'un des ventricules latéraux montre une irrégularité de forme, cette irrégularité est en rapport étroit avec la tumeur.

L'auteur décrit ensuite sa technique. On doit retirer le liquide très lentement et insuffler l'air plus lentement encore.

Si la tumeur est dans la fosse cérébrale postérieure et présente un volume exagéré, les cornes postérieures peuvent être réduites à l'état de fente et si on enfonce la canule, on passe au-dessous de la cavité ; si on dirige la canule plus haut, on peut arriver au ventricule. Sinon, on ponctionnera la corne antérieure. En cas de tumeur cérébrale il y a des symptômes qui indiquent le côté affecté. Il faudra ponctionner le côté opposé. On peut ne retirer du ventricule qu'une faible quantité de liquide, ce qui ne permet pas d'insuffler assez d'air pour obtenir une radio.

La ventriculographie est indiquée quand les symptômes de localisation sont absents ou insuffisants pour guider le chirurgien. Sur 14 cas la radio fut positive 9 fois et négative 5 fois.

La ventriculographie ne doit pas remplacer la clinique. Elle est indispensable dans certains cas. Elle n'est pas sans danger ; elle n'est pas simple ; elle demande beaucoup de patience et une attention minutieuse pour tous les détails. Elle doit être faite avec beaucoup de lenteur. 2 figures.

KAUFMANN (*Angers*)

#### G. JEFFERSON. — De la ventriculographie (*Ibid*).

Jefferson l'a appliquée 6 fois. Elle est inutile dans l'hydrocéphalie. Il rapporte un cas de gliome de l'hémisphère gauche qui déformait et oblitérait le ventricule gauche. Le ventricule droit était large et repoussé à droite. 4 figures.

KAUFMANN.

#### MOUNIER. — Les insufflations d'air chaud médicamenteux dans les voies respiratoires. *Journal de Paris*, 23 juin 1923.

L'auteur a renoncé aux injections intratrachéales à la seringue pour pratiquer des insufflations d'air chaud chargé de vapeurs médicamenteuses (goménol-eucalypto-menthol, etc...) L'insufflation est faite par le nez et profite ainsi à toutes les voies respiratoires supérieures. L'appareil utilisé est le ventilateur réchauffeur Shô, courant dans le commerce auquel on adapte un dispositif spécial qui peut recevoir du coton hydrophile imprégné de médicament. Un embout d'ébonite narinaire termine l'appareil. Celui-ci donne à volonté air chaud ou froid. Un diaphragme permet de régler le débit d'air et son degré de chaleur. Le mode d'emploi est des plus simples et le malade peut pratiquer lui-même l'insufflation. On met une vingtaine de gouttes de médicament sur l'ouate de l'appareil. L'embout est introduit dans l'orifice narinaire ou maintenu à une courte distance. L'inspiration doit se faire uniquement par le nez et l'expiration par la bouche. Faire par jour plusieurs séances de quelques minutes.

M. BUNEAU.

PETRIDIS. — **Un cas de rhinophyma.** Soc. de chir. de Lyon, 19 oct. 1922, in *Lyon chirurgical*, janvier-février 1923.

Le malade a été opéré avec succès. Des photographies montrent les bons résultats obtenus. L'opération pratiquée est celle d'OLLIER en appliquant les règles posées par MORESTIN : décortication de chaque lobe séparément en laissant une partie des couches profondes de la tumeur, pour ne pas léser le squelette sous-jacent. Aplatissement au bistouri de la surface cruentée ainsi obtenue. Hémorragie peu importante.

Suites bonnes. La surface cutanée comprenant la presque totalité du nez s'est recouverte d'elle-même de peau sans qu'il y ait eu besoin de recourir à des greffes.

Le malade a été réopéré ultérieurement, car il présentait encore quelques aspérités, puis une troisième opération a été faite pour obtenir un résultat externe aussi parfait que possible. Le résultat a été bon.

SARGNON.

ROBERT LEROUX. — **Les hydrorrhées nasales.** *La Consultation*, n° 8, p. 227.

L'auteur indique le rôle de l'anaphylaxie et insiste sur l'utilité de l'examen complet du liquide. Il groupe les hydrorrhées en hydrorrhées endo-nasales et trans-nasales.

Les hydrorrhées endo-nasales peuvent être divisées en a) hydrorrhées de sécrétion ou hydrorrhées des classiques b) hydrorrhées de choc répondant à l'hydrorrhée spasmodique survenant par crises et en rapport avec des phénomènes anaphylactiques c) hydrorrhée d'élimination au cours de rétention chlorurée surtout, ou au cours d'une médication iodée d) hydrorrhées réflexes à point de départ nasal ou à distance.

Les hydrorrhées trans-nasales sont soit des cranio-hydrorrhées dont le type est l'hydrorrhée traumatique soit des sinuso-hydrorrhées surtout maxillaires. Cette classification permet d'entrevoir le traitement variable suivant chaque type.

GAUTHIER.

BRUDER. — **Le traitement local des épistaxis graves.** *Journal de Médecine de Paris*, 17 novembre 1923.

Dans les épistaxis à siège antérieur l'auteur conseille le tamponnement antérieur de la fosse nasale avec une mèche enduite de pommade à l'oxyde de zinc. Il est quelquefois difficile à appliquer correctement et d'ailleurs souvent insuffisant dans les hémorragies à siège moyen ou postérieur. On aura alors recours au tamponnement postérieur. Celui-ci, bien fait, ne serait pas dangereux et n'exposerait pas plus que le tamponnement antérieur aux complications redoutées. L'auteur décrit sa technique :

Préparer un tampon de gaze stérilisée long de 3 centimètres, large de 2 cm. 1/2. A sa partie moyenne nouer deux fils de soie de 60 centimètres qui donne quatre chefs. Une sonde de Nélaton introduite par le nez est saisie dans le pharynx et son extrémité attirée hors de

la bouche. Fixer solidement à la sonde, puis sur le fil de soie attirer le tampon dans le cavum jusqu'à la choane. On se débarrassera de la sonde et entre les deux chefs du fil on introduit une mèche de gaze que l'on tasse de manière à remplir toute la fosse nasale ; on la fixe en nouant sur elle les deux chefs. L'autre fil qui ressort entre les lèvres est fixé à la joue. Ce tamponnement supprime tout espace mort dans la fosse nasale. Il doit être enlevé au bout de vingt-quatre heures, quarante-huit heures au maximum. M. BUNEAU.

H. BURGER. — **Accidents mortels dans la chirurgie endonasale.** *Acta Oto-laryngologica*, vol. V, fasc. 3.

Un malade atteint de méningite prononcée entra dans la clinique de l'auteur quelques jours après avoir été opéré pour des polypes nasaux. A l'autopsie on constata une défectuosité de la lame criblée, probablement de nature congénitale, puisque l'autre côté en présentait une pareille. A propos de ce cas, l'auteur a réuni 80 cas d'intervention endo-nasale mortels publiés. En s'appuyant sur les recherches faites par Loeb, l'auteur indique que les cas non publiés sont beaucoup plus nombreux. Puis l'auteur expose comment se produisent les différentes complications et parle des précautions à prendre pour diminuer le risque de les provoquer. G. OHNGREN.

PREČECHTEL. (Clinique Kutvirt, Prague). — **La correction des déformations nasales :** *Casopis lékařu českých*, 1923, n° 12.

Comme introduction l'auteur donne quelques notions sur la structure externe du nez au point de vue anthropologique et artistique et rappelle les diverses causes des difformités nasales (hérédité, trouble du développement, influence des glandes endocrines, agents morbides). Il décrit les méthodes employées couramment pour la correction des nez ensellés (injection de la paraffine à froid, implantation par voie exo ou endonasale des fragments cartilagineux ou osseux) ; la technique de Joseph employée dans les cas de nez busqué (cyphectomie de la macrorhinie (rhinomiosis), de la pachyrrhinie (rhinosypsis) et de la déviation latérale du nez (rhinophthisis). Neuf illustrations confirment les bons résultats obtenus dans les cas opérés par l'auteur.

WISKOVSKY (d'après l'analyse de l'auteur)

G. PANAYOTATOU. — **Quelques mots sur l'affection diphtérique et surtout la diphtérie primitive du nez (14 cas primitifs de diphtérie nasale prouvés par l'examen microscopique et le traitement par le sérum spécifique).** *Revue de médecine et d'hygiène tropicales*, t. XV. n° 4, 1923.

L'auteur, qui rapporte 14 cas observés à Alexandrie, attire l'attention sur le fait que, en dehors de toute manifestation pharyngée, le bacille de Löffler peut se localiser primitivement sur la muqueuse nasale. Cette localisation se fait d'une façon sournoise et avec une incubation prolongée. Smith le premier avait décrit un cas de diphtérie nasale ; mais dans ces dernières années, il y a eu de nom-



breuses recherches sur les rhinites à bacille de Löffler. Certes il existe des cas de rhinites pseudo-membraneuses dues à d'autres microbes que le Klebs-Löffler, mais la contamination de personnes saines avec manifestations pharyngées, par des diphtéries nasales, montre que le microbe peut vivre dans le nez des personnes infectées autrement qu'à l'état saprophyte.

La symptomatologie de la diphtérie nasale primitive peut être des plus frustes. Seul l'examen rhinoscopique complété par l'examen bactériologique peut permettre le diagnostic. Les symptômes généraux même les plus légers peuvent faire défaut, la fièvre être absente, l'adénopathie sous-maxillaire nulle. Mais il y a un léger écoulement nasal aqueux, muqueux, ou muco-membraneux. Mais l'examen endonasal montre de la rougeur et des altérations de la muqueuse. Chez les tout petits il peut y avoir quelques signes d'infection gastro-intestinale. Dans des formes plus sévères les narines présentent un écoulement de liquide de mauvaise odeur avec fausses membranes sanguinolentes. Il y a, alors, des symptômes généraux plus marqués, fièvre, somnolence, délire, convulsions chez les petits enfants. Herpès labial, suppuration des ganglions voisins. Dans un des 14 cas, mort par paralysie cardiaque.

L'auteur étudie ensuite la vitalité du bacille diphtérique et rappelle que la chaleur est plus efficace sur les cultures de bacille que sur les membranes sèches. Les cultures sont tuées en quelques minutes à 58°. Les fausses membranes sèches résistent à 98°. Il en est de même de l'obscurité d'où la possibilité de contagion par des étoffes après des mois et des années. Par contre la lumière solaire stérilise les cultures sans bouillon en quelques jours. La désinfection du domicile et des effets doit donc être obligatoire.

La propagation de la maladie, dans la diphtérie nasale comme dans la diphtérie commune, peut se faire par contagé direct, ou indirectement par des vêtements, des objets, mais dans les deux cas les personnes exposées doivent présenter un certain degré de réceptivité, d'où l'importance de la réaction de Schick. L'examen du malade et son isolement jusqu'à disparition des germes du pharynx et du nez est déjà un bon moyen de prophylaxie. L'immunisation prophylactique par le sérum est un excellent moyen, mais selon Favel et Berne, elle ne durerait pas au delà de trois semaines. La réaction de Schick nous permet de nous exprimer avec sûreté sur l'immunité de l'organisme vis-à-vis du bacille de Löffler. Elle est la base de la prophylaxie des groupes. Rieux et Zoeller ont trouvé un Schick positif (organisme peu immunisé), dans 13 % des cas. Zigher dans 15 à 18 %. Cette réaction est inoffensive et facile à exécuter. Selon l'auteur elle devrait être faite à l'incorporation de tous les jeunes soldats, de telle sorte, qu'en cas d'épidémie diphtérique, on puisse faire immédiatement à tous les sujets, dont le Schick est positif, une prophylaxie sérieuse, cette réaction prévient la piqure inutile. D'autre part il est admis par tout le monde que les porteurs forment un foyer d'infection et doivent être isolés et traités. Panayotaton conclut qu'en cas de diphtérie tous les sujets d'une même collectivité doivent être examinés.

1° Au point de vue immunité (réaction de Schick).

2° Au point de vue porteur de bacilles de Löffler.

2° Au point de vue solution de continuité de la muqueuse.

On peut observer les variations biologiques suivantes :

1° Bacilles de Löffler sur des sujets présentant une immunité.

2° Pas d'immunité et absence de bacilles.

3° Pas d'immunité, présence de bacilles sans altérations de la muqueuse.

4° Pas d'immunité, présence de bacilles, solution de continuité de la muqueuse.

Cette dernière éventualité constituant les trois conditions étiologiques réunies nécessaires pour que la diphtérie se déclare, lorsqu'une des trois conditions manque la diphtérie ne se développe pas (Jules Renaut et Pierre-Paul Lévy).

L'étude des 14 cas de M<sup>me</sup> Panayotaton montre l'installation sournoise de l'affection, la localisation, à la muqueuse nasale avec intégrité de la muqueuse pharyngée, l'évolution apyrétique et l'absence d'adéno-pathie sous-maxillaire, la paralysie cardiaque dans un cas insidieux. La quantité relativement petite de sérum employée (20 à 40 centicubes). Au point de vue de l'hygiène sociale elle conclut à l'utilité, pour le médecin scolaire de dépister les premiers cas suspects par une inspection régulière du rhinopharynx des élèves, surtout en cas d'épidémie, et par un examen bactériologique.

E.-F. GRANET.

E. GLAS. — La « redécouverte » de l'épreuve du diapason de Glas dans les suppurations sinusiennes. *Mon. f. Ohr.*, t. LVII, 1923, n° 10, p. 821.

Ainsi qu'on le devine par le titre, c'est une réclamation de priorité de la part de Glas, vis-à-vis de Littauer. Tempête dans un verre, pensera-t-on peut-être, vu l'importance de la chose. Et puis saut erreur, n'est-ce pas Mignon qui le premier a décrit en France depuis fort longtemps cette meilleure perception du diapason du côté du sinus atteint? (*Annales des Mal. de l'oreille*, mars 1904). Mais est-ce bien la peine de chicaner? Et pour être agréable à Glas, appelons dorénavant cette brouille de la symptomatologie sinusienne: épreuve de « Mignon-Glas ».

L. BALDENWECK.

ROLLET. — Mucocèle hémorragique du sinus frontal à évolution orbitaire. Société de chirurgie de Lyon, 26 octobre 1922. In *Lyon chirurg.* Janvier-février 1923.

Il y avait de l'exophtalmie très marquée, et de la papillite. Orbitotomie externe.

L'exploration montre une communication avec le sinus. Retour des mouvements de l'œil. La vision est de 1/20. La radiographie faite par JAMOT montre un énorme sinus frontal droit avec perte de substance du plafond orbitaire.

C'est le premier cas de ce genre que ROLLET observe.

SARGNON.

R. RIBAS VALERO. — **La cellulite orbitaire ; ses relations avec les sinusites.** *Rev. de méd. de Séville*, 1923, p. 1.

La cellulite orbitaire est suppurée ou non. Elle peut être primitive, c'est-à-dire consécutive à un traumatisme ou en relation avec une infection des voies lacrymales, les opérations septiques sur l'orbite. Elle peut être secondaire : à la thrombose de la veine ophtalmique, à une infection sinusienne surtout et en particulier aux fronto-ethmoïdites. Dans ce cas l'infection se fait grâce à une déhiscence, par de l'ostéite, par voie vasculaire ou sympathique. Les symptômes sont l'exophtalmie avec immobilisation de l'œil et diplopie, tuméfaction de la paupière et des conjonctives et des signes généraux d'infection. La cellulite orbitaire se termine par résorption ou formation de pus. Elle doit être diagnostiquée avec la ténonite suppurée, les ostéites orbitaires, les sinusites avec réaction œdémateuse. Le traitement consistera : dans les cas non suppurés dans la vaccinothérapie ; dans les cas suppurés par l'incision ; et dans tous il faudra traiter la cause, c'est-à-dire dans la plupart des cas les sinus.

C. W. CUTLER. — **Névrite optique et ses relations avec les sinus postérieurs** (Relation de 4 cas montrant la difficulté du diagnostic). *Arch. of. Ophth.*, 1923, p. 331.

En dehors des cas en relation avec des sinusites caractérisées ou frustes, il est des névrites rétrobulbaires qui ne sont pas compatibles avec les idées courantes. Les 4 cas suivants, typiques au point de vue ophtalmoscopique (diminution de l'acuité visuelle, élargissement de la tache aveugle, rétrécissement du champ visuel) montrent bien la variété des facteurs-étiologiques possibles : un anévrisme de l'hexagone de Willis ; une encéphalite léthargique, une intoxication thyroïdienne, et une sinusite avec toxémie.

GRAND-CLÉMENT ET SARGNON. — **Sinusite profonde et lésion des nerfs optiques. Résection des cornets moyens. Disparition rapide des troubles visuels.** *Soc. d'Ophtalmologie de Lyon*, janvier 1923, in *Lyon médical*, 25 mars 1923.

C'est une religieuse qui avait une lésion des deux nerfs optiques : 2/10 de vision à droite, 3/10 à gauche. Traînée purulente de la région sphénoïdale droite. Rien de net à gauche.

Ablation du cornet moyen droit. Retour rapide de la vision à 5/10 puis à 8/10. Pas de modifications de la vision à gauche. Ablation de la partie postérieure du cornet moyen gauche, retour de la vision à 5/10 puis à 7/10. La guérison a été obtenue par l'ablation en deux temps des deux cornets moyens.

Ce cas est une véritable expérience en montrant la nécessité de l'intervention.

Les auteurs rappellent à ce propos l'histoire et les recherches anciennes de ROLLER, notamment l'utilité de la radiographie qui, cependant, ne donne pas toujours de résultats comme opération à employer, c'est l'ablation de la partie postérieure du cornet moyen, opération qu'ils recommandent tout particulièrement de préférence à l'ouverture du sphénoïde.

SARGNON.

L.-F. APPLEMAND. — **Papillite et infection focale.** *Am. J. of Opt.*, 1923, t. VI, p. 563.

Cas curieux. L'ablation de douze dents et le traitement des autres dents malades fit disparaître une névrite optique bilatérale ayant débuté six ans auparavant et caractérisée par une perte progressive de la vision, rétrécissement du champ visuel et tuméfaction des deux papilles.

J. RAMADIER. — **Considérations sur la topographie des troubles sensitifs au cours des affections sphéno-ethmoïdales postérieures.** *Revue oto-neuro-oculistique*, mai 1923, n° 5.

A propos de deux observations de névralgie faciale, l'une sus-orbitaire occasionnée par une gomme de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal, longtemps méconnue, puis traitée et guérie ; l'autre de névralgie du maxillaire supérieur que l'ablation d'une queue de cornet moyen et de polypes ethmoïdaux fit immédiatement disparaître, Ramadier étudie les troubles sensitifs occasionnés par les sinusites postérieures.

Ces névralgies peuvent sembler n'avoir aucun rapport anatomique avec la lésion incriminée, mais comme les névralgies faciales d'origine dentaire, elles peuvent être d'origine réflexe ou d'origine ascendante, tronculaire ou ramusculaire. Le sinus sphénoïdal tout d'abord est en contact avec le trou ovale et le trou grand rond, sa muqueuse est innervée par un rameau pharyngien issu du ganglion sphéno-palatin ou par des rameaux issus de l'ophtalmique. Il en est de même des cellules ethmoïdales postérieures.

Les douleurs faciales, projetées ainsi à distance, s'accompagnent souvent de troubles objectifs ; elles surviennent par crises, ne s'accompagnent ni de spasmes, ni de troubles vaso-moteurs. En rechercher la cause sinusale, comme on recherche la cause sinusale d'une névrite optique, offre un intérêt de premier ordre puisque l'intervention les fait disparaître immédiatement.

E. HALPHEN.

G. CANUYT. — **Le syndrome du ganglion sphéno-palatin.** *Revue oto-neuro-oculistique*, n° 5, mai 1923.

Le coryza spasmodique périodique est un phénomène anaphylactique qui rentre dans les processus de choc ou de colloïdoclasie, dus à une tare humorale primitive. Il y a un déséquilibre organique qui paraît dépendre d'une excitabilité particulière et sympathique et c'est à la souffrance du ganglion sphéno-palatin (syndrome de Sluder) que Canuyt a consacré un article de vulgarisation fort intéressant. Après avoir décrit l'anatomie et les rapports du ganglion en insistant sur le voisinage des sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux, de pituitaire, queue de cornet moyen et même cloisons déviées dont les éperons peuvent s'enfoncer dans le méat moyen après avoir montré que ce ganglion est un véritable ganglion sympathique, l'auteur décrit la crise de coryza spasmodique apériodique, survenant aux mêmes heures, parfois à la suite d'un refroidissement, caractérisée par des éternuements,



une formidable hydroporrhée, du larmoiement et d'une sympatalgie sphéno-palatine unilatérale forte et douleurs faciales profondes, nasales, orbitaires, palatines, quelquefois même cervicales.

L'examen objectif montre des cornets turgescents et entre les crises une hypertrophie ou une dégénérescence de la queue du cornet moyen.

Le traitement, cocaïnisation par injection ou badigeonnage au niveau de la queue du cornet moyen, pendant les crises, la fait disparaître immédiatement. En dehors des crises, il faut rétablir la perméabilité nasale, traiter les sinusites postérieures, modifier la région du trou sphéno-palatin par un attouchement au nitrate d'argent ou une injection locale d'alcool à 90°.

E. HALPHEN.

E.-D. ALLGAIER. — **Céphalées d'origine sinusienne.** *Ohio. M.-J.*, 1923, p. 503.

Tout individu, sujet à des rhumes répétés, et chez lequel un rhume n'a pas disparu entre quatre et dix jours, doit être suspecté d'envahissement sinusien, en cas de persistance de la céphalée.

ROLLET et BUSSY. — **Ectasie et sténose des voies lacrymales.** *Lyon chirurgical*, mai-juin 1923.

Les auteurs montrent qu'on renonce de plus en plus au supplice indéfini de la sonde. Classiquement, c'est le rétrécissement du canal nasal qui conditionnera tout le fonctionnement de l'appareil sécréteur des larmes.

Depuis 1920, ROLLET enlève systématiquement en un bloc les voies lacrymales malades tout entières, par une technique spéciale. Avec BUSSY, il a choisi 100 voies lacrymales enlevées en totalité et qui ont été dessinées, mesurées, coupées en séries et étudiées.

Il en conclut que : 1° les valvules lacrymales décrites par les classiques n'existent pas en tant que formations anatomiques normales ; 2° les oblitérations complètes du canal nasal sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit : 43 %. Le cathétérisme fait donc alors une fausse route ; 3° dans les dacryocystites, il y a infiltration leucocytaire, dégénérescence de la muqueuse et hyperplasie conjonctive ; 4° les lésions ont leur maximum à la partie inférieure du canal, ce qui est en faveur de l'origine nasale habituelle des dacryocystites ; 5° le sac et le canal ne font qu'un. Il n'y a pas, comme on le croyait, un canal rétréci et oblitéré et un sac ectasié, mais il y a des dacryocystites avec ectasie du sac et du canal et des dacryocystites avec atrésie du sac et du canal. Il y a des planches très nettes à ce sujet ; 6° ce n'est pas l'oblitération du canal qui fait la dilatation du sac.

Les opérations conservatrices donnent souvent des échecs. Rollet conseille depuis vingt-cinq ans l'extirpation des voies lacrymales.

SARGNON.

Dr ALOIN. — **Kyste paradentaire à développement endo-nasal.** *Lyon chirurgical*, juillet août 1923.

L'auteur rappelle l'histoire, notamment les travaux de MOURET et de JACQUES. Il a eu l'occasion depuis deux ans d'opérer plusieurs de

ces kystes. Dans un cas on avait pensé à de la sinusite ; car les ponctions retiraient du pus ; cependant une radiographie a fini par montrer une ombre au niveau de la canine. Ablation. Guérison.

Avant qu'elle soit fistulisée, les symptômes de cette tumeur sont assez discrets. Le kyste s'infecte plus souvent à l'occasion d'un traumatisme. Le kyste ouvert devient un véritable abcès. Il n'est pas toujours facile de trouver le point fistulisé sur la paroi endo-nasale.

Le traitement du kyste paradentaire à développement endo-nasal est moins simple que celui des autres localisations. Une fois le kyste enlevé, il faut, comme l'a indiqué JACQUES, faire une cheminée de drainage par l'alvéole dans les petites incisives. Le procédé de JACQUES est à recommander. Il consiste à substituer, vers le dixième jour, à la mèche un drain formé d'une spirale de fil d'argent fixée par son bout libre au collet d'une dent voisine, s'il en existe, et à laisser ce drain jusqu'à comblement de la cavité.

SARGNON.

F. VALETTA. — **Rapports entre la tuberculose et les végétations adénoïdes.** *Studium*, 13<sup>e</sup> année, n<sup>o</sup> 8, 20 août 1923, p. 233.

Voici les conclusions de l'auteur :

1<sup>o</sup> Les animaux inoculés à l'œil ont mieux réagi que ceux inoculés à l'aîne (poche inguinale). Ce fait est dû probablement à ce que le liquide oculaire, étant presque une solution physiologique, a empêché la résorption du fragment de végétation inoculé.

2<sup>o</sup> Bien qu'il n'ait pu, chez un même animal, à expérience, mettre en évidence tubercules et bacilles, il a pu recueillir, aux points d'inoculation, tantôt dans un cas, tantôt dans l'autre (expériences 1, 2, 7) des formations de cellules épithélioïdes, avec quelques cellules géantes ; dans d'autres organes (ovaires, expérience 3) il a observé un véritable tubercule, dans d'autres enfin (expériences 5 et 7), grâce à des colorants spéciaux, des formes bacillaires, qu'on ne peut classer dans les bacilles acido-résistants, tels que le bacille du Smegma, commun aux suppurations auriculaires et tubaires. Le fait de n'avoir pu cultiver ces formes sur agar, ne permet point de diagnostiquer avec certitude une tuberculose ; bien plus, leur réaction au décolorant de Holsell fait douter de leur nature bacillaire.

3<sup>o</sup> Dans les cas, où antécédents et examen physique, sont en faveur d'une tuberculose, la présence de végétations adénoïdes la pourrait confirmer de façon valable.

4<sup>o</sup> Dans les cas douteux, s'impose l'examen histologique de l'amygdale de Luschka, et l'expérimentation chez le cobaye (par greffe dans la chambre antérieure de l'œil).

5<sup>o</sup> En résumé, comme l'avaient prévu Meyer et d'autres, il existe presque toujours une certaine relation entre la tuberculose et les végétations adénoïdes. Celles-ci, surtout développées chez les prédisposés constitutionnellement, peuvent représenter le premier stade de lésions tuberculeuses, ou selon l'expression de Lermoyez, des tubercules larvées.

LAPUGE.

PERRY G. GOLDSMITH. — **Étude clinique et anatomo-pathologique du fibrome nasopharyngien.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXVIII, n° 11, novembre 1923, p. 565.

En refaisant toute la question du fibrome nasopharyngien, l'auteur en rapporte deux cas. L'un d'eux fut extirpé par voie endonasale par morcellement à la pince ; le plus gros fragment pesait 14 grammes ; les suites furent bonnes, malgré une hémorragie violente. Dans le second cas l'intervention était plus compliquée ; le volume de la tumeur nécessita l'incision du voile. L'exploration ainsi facilitée, montra cependant de grandes difficultés. Malgré cela l'auteur décida de continuer l'opération commencée ; ce qui fut une erreur. Car plus il arrivait à libérer le fibrome, plus l'hémorragie augmentait de sorte qu'à la fin de l'opération le malade était dans le collapsus et mourut peu après sans avoir repris connaissance. L'auteur attribue une importance non seulement à l'hémorragie dans cette issue fatale, mais aussi à l'inhibition du pneumogastrique.

A. QUIRIN.

SEEMANN (clinique Kutvirt, Prague). — **La division sous-muqueuse du palais.** *Casopis lékařu ceskych*, 1923, n° 24.

Parmi les troubles du développement du palais, la division sous-muqueuse n'est pas fréquente. Bomba a apporté, en 1922, 14 cas. L'auteur en a observé 11. Ce qui amène les malades dans les services laryngologiques ou phoniatriques est le trouble de la voix — rhinolalie, palatolalie — quelquefois très accentué rappelant souvent celui de la division banale du palais. Chez les sujets présentant cette anomalie on observe au moment de la phonation au niveau du bord postérieur de la voûte palatine, une dépression en forme d'un triangle équilatéral. Par le toucher, on constate dans cette région sous la muqueuse une échancrure triangulaire de la voûte osseuse à bords recourbés. Contrairement aux observations de Lermoyez, l'auteur n'a trouvé que dans 3 cas sur 14 la division de la luvette.

D'après les recherches de Seemann, l'insuffisance vélo-palatine est due dans ces cas, à un raccourcissement léger du palais dur et un plus remarquable du voile du palais.

Après avoir passé en revue les diverses théories, l'auteur cherche à expliquer la division sous-muqueuse par des troubles de l'ossification. Seraient-ce les globes et les bandes épithéliales situées dans le raphé du palais dur décrits par Bergengruen qui empêchent la suture des deux lames palatines ?

L'auteur rapporte des recherches intéressantes en ce qui concerne le rôle du vomer dans l'évolution de la malformation en question. Il a trouvé dans tous les cas observés un raccourcissement remarquable de la cloison nasale dans la partie inférieure, dû au développement défectueux du vomer, dont l'angle postéro-inférieur est situé beaucoup trop en avant du bord postérieur de la voûte palatine. Cette disposition rappelle les observations faites chez la plupart des ruminants et quelques autres espèces de mammifères (chien, cheval, singe, phoque), où le bord postérieur du vomer avance jusqu'à la moitié antérieure de la voûte palatine.

La division sous-muqueuse du palais correspond à certains stades moins avancés du développement embryonnaire dans lesquels la suture des lames palatines des deux côtés et du bord inférieur du vomer n'est pas encore accomplie.

Le raccourcissement du palais dur étant très léger dans ces cas, tandis que l'évolution défectueuse du vomer est toujours très nette, on pourrait considérer comme cause principale de la division sous-muqueuse le défaut d'une influence stimulante trophique exercée normalement par le vomer sur les lames palatines pour en amener la réunion.

WISKOVSKY (d'après l'analyse de l'auteur).

BONNET et MICHON. — **Epithélioma de la joue traité par la radiumpuncture.** Société de Chir. de Lyon, 7 décembre 1922 in *Lyon chir.*, mai-juin 1923.

Il s'agit d'un homme de 58 ans qui avait présenté une large ulcération passant de l'extérieur dans la cavité buccale et une très grosse hémorragie.

Désinfection minutieuse de la tumeur, puis application de 8 aiguilles de radium de milligramme chacune. Hémorragie au moment de l'ablation des aiguilles nécessitant la ligature de la faciale. La plaie a été asséchée en quinze jours et le cratère s'est comblé. Il s'agissait d'une tumeur à globes cornés avec une réaction inflammatoire.

BÉRARD raconte qu'il a observé 7 cas de guérison maintenue depuis plus d'un an : 3 épithéliomas des lèvres et de la face, dont 2 à type muqueux, et 2 épithéliomas végétants du nez et de la région mal-laire, mais il a dû faire l'évidement chirurgical des loges sous-maxillaires et sus-hyoïdiennes.

SARGNON.

NICOLAS, GATE, BARBIER et JUVIN. — **Lymphangiome de la langue. Présentation d'un malade.** Soc. méd. des hôpitaux de Lyon, 6 février 1923 in *Lyon médical.*, 10 mai 1923.

Cette lésion est exceptionnelle; on peut la méconnaître. C'est une affection congénitale qui s'accroît peu à peu de volume par poussées inflammatoires. Histologiquement ce sont des hemo-lymphangiomes. On peut en observer sur la peau et les muqueuses.

L'ablation n'est pas toujours réalisable. La radiothérapie peut rendre de grands services.

SARGNON.

DELORE et DUNET. — **Fibrome de la langue chez un jeune homme de 18 ans. Enucléation.** Soc. de Méd. et des Soc. méd. de Lyon 29 nov. 1922, in *Lyon médical.*, 10 mars 1923.

Le fibrome pur de la langue est exceptionnel. Dans sa thèse (Paris 1894) FAYET DE LA TOUR en avait rassemblé 15 cas. Il siège habituellement au dos de la langue chez l'adulte, le plus souvent chez l'homme.

Dans cette observation, à l'examen histologique, il s'agissait d'un fibrome pur.

SARGNON.



**BÉRARD.** — **Néoplasme de la langue traité à la fois par les moyens chirurgicaux et par le radium.** Soc. de Chirurgie de Lyon, 26 octobre 1922. In *Lyon chirurgical*, janv.-fév. 1923.

En 1919, à propos des rapports de VALLAS et SÉBILEAU, BÉRARD avait exposé, pour le cancer étendu de la langue, la technique mixte consistant à extirper les ganglions cervicaux envahis, à réséquer le néoplasme de la langue quand cela est possible et à compléter l'intervention par le radium dans les régions profondes et dans les gouttières.

Cette technique a été adoptée par REGAUD et PROUST. Il rapporte un cas opéré ainsi : il s'agissait d'un épithélioma à globes cornés.

SARGNON.

**BÉRARD** — **Epithélioma de la langue guéri pendant quatorze ans après le traitement chirurgical. Récidive adhérente au maxillaire traitée par le radium.** Soc. de Chirurgie de Lyon, 8 février 1923. In *Lyon chirurg.* juillet-août 1923.

L'auteur rappelle la technique de REGAUD : aiguilles de radium pour la tumeur linguale et traitement des ganglions par l'appareil de cire avec radium externe.

C'est la technique qui a été employée dans ce cas. Les lésions ont très rétrogradé.

SARGNON.

**J. SABRAZES** — **Pharyngomycose et amygdalite cryptique sans association fuso-spirillaire.** In *Gaz. hebdomadaire des Sciences Méd. de Bordeaux*, 19 août 1923.

Courtes réflexions sur un cas de pharyngomycose. L'examen bactériologique a montré, à côté des leptothrix, des bâtonnets incurvés prenant assez mal le Gram, de rares cocci, de rares bacilles fusiformes et de très rares spirochètes. Non seulement il n'y a pas association fuso spirillaire avec les leptothrix, mais peut-être même existe-t-il un antagonisme entre les deux agents. L'association existe avec les bâtonnets incurvés, agents mal déterminés que l'on rencontre dans les grains de l'amygdalite cryptique.

M. BUNEAU.

**DUFOUT.** — **A propos du diagnostic de la diphtérie. Relations de la clinique et du laboratoire.** *Lyon médical*, 10 mai 1923.

Nous donnons simplement les conclusions de cet article qui est surtout bactériologique.

Le diagnostic de la nature d'une angine doit s'établir d'abord au point de vue clinique. Dans le cas assez fréquent où le diagnostic clinique reste en suspens, le laboratoire peut fournir d'utiles indications. La méthode actuelle d'ensemencement du tube de sérum de cheval ne donne que des renseignements imparfaits, parfois inexacts. Les procédés plus modernes sont à recommander. La constatation d'un bacille court ayant poussé sur le sérum demande des essais de différenciation appropriée.

SARGNON.

**RENDU.** — **Abcès subaigu enkysté intra-amygdalien.** In *Lyon chirurgical*, juillet-août 1923.

C'est l'observation d'une dame de 25 ans qui a présenté un abcès subaigu de l'amygdale ne se traduisant que par une dysphagie prolongée et qui aurait passé inaperçu sans le toucher digital. L'auteur rappelle à ce propos la thèse de BABUEL de PERYSSAC inspirée par MOURE, et celle de GUILLON inspirée par GAREL et SARGNON (1897).

SARGNON.

**VANDERWEIDT.** — **Contribution à l'anatomie pathologique du stridor inspiratoire congénital. Hypoplasie du larynx.** *Journal de Médecine de Paris*, 23 juin 1923.

Courte observation d'un enfant de 6 mois atteint de cornage inspiratoire congénital typique, sans troubles de la voix ni aucun signe d'hypertrophie du thymus. La mort fut subite. L'autopsie montra les particularités suivantes au niveau du larynx : épiglote repliée en forme de gouttière verticale, replis ary-épiglottiques flasques et très rapprochés et surtout petitesse extrême du larynx réduit dans toutes ses dimensions qui atteignaient à peine les deux tiers de la normale. La cause du cornage est dans cette hypoplasie du larynx. L'épiglotte et les replis ary-épiglottiques forment dans l'inspiration une soupape qui tend à couvrir la glotte et cela d'autant plus que le courant inspiratoire n'a pas été la cause des déformations de l'épiglotte et des replis qui sont particulièrement souples et malléables chez l'enfant.

M. BUNEAU.

**WISKOVSKY (Bratislava).** — **Mouvements inverses des cordes vocales.** — *Revue v neuropathologii*, 1923, nos 4-5.

L'auteur rapporte l'observation d'un cas présentant un trouble de la motricité du larynx décrit par B. Fraenkel en 1878 sous le nom d'action inverse des cordes vocales et se manifestant par un rapprochement des cordes vocales au moment de l'inspiration et leur écartement pendant l'expiration. Ce trouble de la coordination des mouvements laryngés est assez rare. D'après les recherches bibliographiques faites par Pollak (de Graz) il en existe à peu près 80 cas dont la plupart ont été publiés sous différents faux diagnostics, l'affection étant considérée comme un spasme des constricteurs ou une paralysie fonctionnelle des dilatateurs. En vérité il ne s'agit ni d'une hyperkinésie, ni d'une hypokinésie, mais d'une parakinésie c'est-à-dire d'un trouble de la coordination.

Dans le cas publié par Wiskovsky il s'agit d'un sujet névropathique atteint depuis plusieurs années d'un catarrhe chronique des voies respiratoires supérieures. Craignant l'origine bacillaire de cette affection le malade s'occupait beaucoup de sa gorge. Le premier accès dyspnéique est survenu à l'occasion d'une rhinite aiguë. Le malade ne pouvant suffisamment respirer par le nez ouvrait la bouche pour faire une inspiration forcée. En ce moment il avait l'impression d'un rétrécissement de la gorge, l'inspiration est devenue striduleuse,

longue, fatigante. L'expiration était plus facile. Cet accès dyspnéique a cessé après une durée de quinze minutes pour revenir deux ou trois fois par jour. Le malade s'accoutuma pendant quatre années aux attaques décrites, il n'éprouvait pas d'angoisse pendant la crise, qui était moins grave si le malade pouvait avaler quelques gouttes de thé ou un morceau de chocolat.

L'examen laryngoscopique au moment de la dyspnée montre un rapprochement des cordes vocales à 3 millimètres de distance pendant l'inspiration tandis qu'au commencement de l'expiration la glotte s'écarte à 10 millimètres. Les mouvements phonateurs sont normaux. Après une phonation prolongée la glotte s'écarte pour un court moment pour se rétrécir tout de suite au début de l'inspiration prochaine (signe de Semon). L'inspiration est bruyante, lente, avec intervention de tous les muscles respirateurs accessoires. L'accès terminé les mouvements des cordes vocales redevenaient normaux. L'enregistrement des mouvements respiratoires thoraciques et abdominaux au cours de la dyspnée montre une inspiration accessoire greffée sur la partie expiratoire du tracé de la respiration abdominale. L'état des poumons est normal.

Après six mois d'observation du malade, l'image laryngoscopique se modifia de la façon suivante : écartement respiratoire à 10 millimètres. Au moment de l'inspiration les cordes vocales occupent la position rappelant celle de la phonation dans les cas de la paralysie de l'ary-aryténoïdien. Après une année de traitement suggestif les accès n'ont disparu qu'à la suite d'une cautérisation légère des cornets, le malade étant convaincu qu'une respiration nasale insuffisante était la cause principale de la maladie. L'action suggestive de cette intervention se montra par la disparition des attaques dyspnéiques vingt-quatre heures après l'intervention quoique pendant ce temps le gonflement post-opératoire de la muqueuse nasale eût amené une obstruction nasale encore plus accentuée.

L'écartement momentané de la glotte après une phonation prolongée (signe de Semon) ou après l'arrêt de l'inspiration (signe de Treupel) nous permet de distinguer cette parakinésie du spasme des constricteurs et de la paralysie des dilatateurs, même dans les cas où l'écartement respiratoire est moins bien marqué et le rétrécissement de la glotte presque constant. Ces derniers peuvent provoquer des accès de suffocation pouvant exiger même la trachéotomie (cas de Michel). En général les sujets atteints sont des jeunes gens d'un état psychique déséquilibré, surtout des hystériques. Les images laryngoscopiques pendant les accès dyspnéiques sont très différentes suivant les cas ; elles diffèrent même au cours de l'observation du même cas. Voilà pourquoi l'auteur ne reconnaît pas les cinq types établis par Pollak. La marche est très variable. Il y a des malades présentant une grave dyspnée constante pendant des mois, il y en a d'autres aux accès courts et légers. Le pronostic est en général favorable.

La perversion des mouvements des cordes vocales serait le résultat d'une fausse régulation du centre bulbaire par les centres corticaux des mouvements laryngés, ces centres derniers étant en état d'hyperexcitabilité.

*Analyse de l'auteur.*

RENDU. — **Dysphagie et paralysie récurrentielle.** Soc. de Méd. et des Sc. méd. de Lyon, 17 janvier 1923, in *Lyon médical*, 25 mai 1923.

C'est un cas de dysphagie avec paralysie récurrentielle par compression ganglionnaire dans un cancer primitif du poulmon.

SARGNON.

ARNOLD JONES. — **Un cas d'hémangiome de la corde vocale droite** (*Journ. of Laryng. and Otol.*, oct. 1923, vol. XXXVIII, 10, p. 528).

Il s'agit d'un malade dont le seul symptôme était un enrouement datant de 4 mois. L'examen du larynx montre une petite tumeur de couleur pourpre, grosse comme un pois, sessile, et attachée au bord libre de la corde vocale droite à la jonction du tiers antérieur et moyen ; mobilité normale ; extirpation par la méthode indirecte sous anesthésie locale à l'aide de la pince de Mackenzie, hémorragie insignifiante. Au bout de huit jours la voix est améliorée, après un mois la voix et le larynx sont normaux. L'examen histologique démontre un hémangiome sans caractère malin. Deux faits sont à noter : l'absence presque absolue d'hémorragie, et la possibilité de l'emploi de la méthode indirecte chez un sujet intelligent, montrant bien son larynx.

QUIRIN.

E.-V. ULLMANN. — **L'étiologie des papillomes laryngés.** *Acta Oto Lar.*, vol. V, f. 3, sept. 1923.

Frappé de la similitude anatomique et clinique du papillome laryngé et des autres papillomes des muqueuses et de la peau, l'auteur a essayé la transplantation, sur la peau de l'homme et sur les muqueuses de chiens, de papillome laryngé typique de l'enfant. Il y a réussi ; l'incubation dure environ trois mois ; mais celle-ci se raccourcit à trois ou quatre semaines, en même temps que la virulence s'accroît à partir de la troisième des inoculations successives, parvenant d'une même souche. L'expérience prouve qu'il s'agit d'un virus filtrant. L'auteur estime que le papillome laryngé vrai récidivant est un produit de réactions malin d'un virus invisible, filtrant. Par contre, trois essais d'inoculation faits avec des papillomes isolés, non récidivants de l'adulte ont été négatifs.

L'auteur.

PRECECHTEL (Clinique Kutvirt, Prague). — **Le traitement des sténoses cicatricielles du larynx et de la trachée. Contribution à l'opération plastique des fistules laryngo-trachéales.** *Casopis lékařu ceskych*, 1923, n° 31.

Communication d'un cas de rétrécissement remarquable du larynx et de la trachée chez une fille de 18 ans, porteur d'une fistule trachéale dès la première enfance (à la suite de diphtérie). Laryngofissure partielle, excision de tissu cicatriciel, dilatation d'après Moure. L'ouverture de la paroi antérieure fut fermée de la façon suivante : Implantation d'un fragment du cartilage costal au niveau de la poignée sternale. Après plusieurs interventions le cartilage implanté



recouvert de la peau de deux côtés et placé dans la fissure formait une paroi assez résistante au larynx et à la trachée. Quelques illustrations montrent les temps du procédé décrit qui permet une ferme-ture sûre des pertes de substances les plus grandes de la paroi trachéale.

WISKOVSKY (*d'après l'analyse de l'auteur*).

PRECECHTEL (Clinique Kulvirt, Prague). — **Complications survenant pendant et après la laryngectomie et leur prophylaxie.** *Casopis lékařu českých*, 1922, n° 4.

Après avoir mentionné les complications qui peuvent survenir pendant l'intervention même et dans le stade postopératoire (à savoir choc, hémorragie, dyspnée, bronchopneumonie, infection de la plaie) l'auteur conclut que c'est l'infection primitive ou secondaire due à l'insuffisance de la suture pharyngée qui joue ici le rôle le plus important. Contre les suites de la contamination de la plaie pendant l'intervention et contre l'infection secondaire il faut protéger la plaie de façon que l'infection ne puisse pas pénétrer vers la trachée et le médiastin. L'auteur a obtenu les meilleurs résultats en procédant de la façon suivante : Intervention en deux temps. Dans le premier temps l'auteur effectue l'abouchement de la trachée. Après quinze jours extirpation des ganglions et laryngectomie proprement dite. Incision d'après Durante (deux incisions le long des sternocleidomastoïdiens reliées au-dessus de la stomie, mise en place d'un tube dilateur de Moure pour séparer la trachée. Extirpation du larynx de bas en haut. Suture continue de la muqueuse pharyngée. Pour éviter la formation d'un espace mort entre le lambeau cutané et la muqueuse pharyngée l'auteur pratique quatre sutures en U « embrassant la peau, l'aponévrose cervicale » moyenne et les muscles pharyngiens et nouées sur un tampon. Large drainage de deux côtés. Parmi les six cas opérés d'après le procédé décrit l'auteur n'a perdu aucun malade du fait de l'intervention.

WISKOVSKY (*d'après l'analyse de l'auteur*).

SARGNON. — **Corps étrangers multiples broncho-pulmonaires droits anciens, avec dilatation purulente. Expulsion spontanée en 3 temps. Evacuation endoscopique de l'abcès broncho-pulmonaire. Guérison actuelle.** Soc. de méd. et des Sc. méd. de Lyon, 10 janv. 1923 in *Lyon médical*, 25 mai 1923.

Homme de 35 ans qui a avalé, il y a deux ans des bouts d'os de bœuf sciés (bouts gros comme des grains de blé, dit-il), et qui tousse depuis lors.

Expulsion d'un premier débris, puis d'un deuxième débris. Amélioration de l'expectoration purulente. Insuccès d'une bronchoscopie haute à cause de la suppuration. Trachéotomie, bronchoscopie basse qui montre l'intégrité de la bronche gauche, une dilatation de la bronche droite avec bourgeonnement hémorragiques; pas de corps étrangers visibles.

Port prolongé d'une petite canule pour permettre des injections intra-trachéales d'huile goménolée, puis de pneumobiol. Amélioration. Guérison apparente. Ablation de la canule. Puis rechute de la

toux, nouvelles vomiques qui expulsent un troisième débris d'os. Guérison.

L'auteur insiste à ce propos sur la tolérance chez l'adulte des corps étrangers, même multiples, tandis que chez l'enfant les accidents broncho-pulmonaires sont rapides.

La multiplicité des corps étrangers dans la même bronche est exceptionnelle. Le vidage de l'abcès broncho-pulmonaire, comme l'a montré GAREL, au cours de l'endoscopie directe est une bonne pratique. Les injections d'huile goménolée ont donné de bons résultats.

*L'auteur.*

PATERSON. — **Le traitement des corps étrangers de grande dimension de la gorge.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, oct. 1923, vol. XXXVIII, 10, p. 513,

Les gros corps étrangers sont en général situés dans le segment supérieur, c'est-à-dire au-dessus de la fourchette sternale; ils sont immobilisés par l'action musculaire; leur forme, leurs angles aigus et tranchants sont autant de danger pour les tissus environnants.

Les objets les plus fréquents sont les pièces dentaires, les fragments d'os, des pièces de monnaie, des épingles. Le danger augmente avec l'anfractuosité de la surface dont les crevasses peuvent abriter des matières septiques. L'auteur cite le cas d'un malade atteint de médiastinite purulente quatre jours après la déglutition d'un os pointu aux deux extrémités; à l'autopsie on trouve une perforation partielle d'un côté, complète de l'autre côté de la paroi pharyngée. Un examen minutieux avant de tenter toute intervention est indispensable. Des radiographies faites selon différents plans, l'examen d'un objet identique au corps étranger sont des éléments importants.

Pour l'extraction des corps lisses, souvent difficiles à saisir, l'auteur se sert d'un crochet à long manche. Ainsi que le démontre un cas personnel, le début de l'infection septique peut être une question d'heures.

En cas de grosses difficultés d'extraction, l'auteur est partisan d'une intervention par voie externe si le siège est situé en dehors de la partie thoracique de l'œsophage. Si l'on suppose seulement une perforation, l'opération par voie externe est indiquée; la mortalité de cette intervention ne semble guère dépasser 12 à 20 %. La forme du cou pourrait avoir d'après l'auteur une influence sur la mortalité, un cou long et maigre étant d'accès et de drainage plus facile qu'un cou court et musclé.

*QUIRIN.*

H. DIGGLE. — **Les affections de la glande thyroïde en relation avec la laryngologie.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, oct. 1923, vol. XXXVIII, 10 p. 522

L'article n'intéresse que les paralysies laryngées dans les affections bénignes du corps thyroïde, et les effets de l'hypertrophie thyroïdienne sur la forme et la position de la trachée. L'auteur a examiné 34 cas d'affections thyroïdiennes et a trouvé 20 % de symptômes laryngés ou trachéaux. Le goitre exophtalmique ne semble donner aucun retentissement grave sur la trachée ou le larynx, cette forme de goitre ne prenant qu'exceptionnellement de grandes dimen-

sions ; l'auteur a pourtant observé chez un Basedowien, un cas d'aphonie fonctionnelle.

La paralysie du récurrent peut être occasionnée non seulement par compression, mais aussi par l'englobement dans des adhérences.

Les prolongements rétro pharyngés, rétro trachéaux et rétro œsophagiens peuvent créer en dehors de la paralysie récurrentielle, de la dysphagie et peuvent ainsi nous faire prendre la réalité pour un néoplasme de l'œsophage ou du médiastin. L'erreur est encore plus aisée si l'hypertrophie thyroïdienne n'est pas visible extérieurement. Le plus souvent la paralysie récurrentielle est causée par la variété intrathoracique des goîtres. Rappelons encore la possibilité d'une lésion récurrentielle par périthyroïdite. L'auteur rapporte un cas de paralysie récurrentielle due à un goître ayant guéri avec la régression de la tumeur.

Les retentissements d'une hypertrophie thyroïdienne sur la trachée sont plus fréquents que sur les nerfs récurrents ; la compression et le déplacement de la trachée entraînent de la dyspnée et du carnage ; le plus souvent observés à l'âge de la puberté à la suite des poussées congestives et parenchymateuse répétées de la glande. L'auteur en cite deux observations et il remarque à ce sujet qu'en cas d'intervention, il est important d'enlever plus qu'un lobe pour éviter la déformation trachéale par la partie subsistante, ainsi qu'en témoignent les radiographies jointes à l'article.

A la suite d'une compression prolongée la paroi trachéale perd son élasticité, et quel que soit le processus pathologique, il en résulte un amincissement qui, prédispose au collapsus de la paroi. Chez les personnes âgées, c'est généralement la variété plongeante qui cause des accidents. Dans ces cas la radioscopie et la radiographie sont d'utilité précieuse.

QUIRIN.

**CHASSARD. — Un cas de diverticule épiphrénique de l'œsophage.** Soc. de Méd. et des Soc. méd. de Lyon. 10 Janvier 1923 in *Lyon médical*, 10 mai 1923.

C'est une malade de 72 ans présentant des douleurs au-dessus du creux épigastrique. Le cachet s'arrête à 3 ou 4 centimètres au-dessus du diaphragme et tombe dans une poche située à droite. Avec la bouillie bismuthée, une partie franchit le cardia et une autre partie descend dans la poche. L'œsophagoscopie a été jugée inutile dans ce cas par M. le professeur COLLET. L'auteur signale la rareté des diverticules localisés au-dessus du diaphragme comparée à la fréquence des diverticules pharyngo-œsophagiens.

SARGNON.

**GOT et LOUBAT. — Cardio-spasme de l'œsophage. Gastrotomie d'urgence. Dilatation. Guérison.** *Gaz. hebdomadaire des Sc. Méd. de Bordeaux*, 12 août 1923.

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 38 ans qui présente des vomissements alimentaires dont la fréquence alla en augmentant pendant plusieurs mois. Les aliments vomis avec facilité, n'étaient pas modifiés dans leur aspect. Six mois après le début, le malade avait atteint un degré d'amaigrissement extrême et ne pouvait

se tenir debout. A la radioscopie on notait un arrêt très prolongé de la bouillie barytée au cardia avec dilatation au-dessus. L'œsophagoscopie fut décidée ; mais au préalable, on fit une gastrostomie pour alimenter le malade. Celui-ci reprit des forces rapidement, et vingt jours après, on pratiqua l'œsophagoscopie sous anesthésie locale ; à 25 centimètres des arcades dentaires, forte dilatation œsophagienne sans œsophagite. Au cardia, spasme très marqué, bourrelet sphinctérien autour d'un orifice punctiforme. Aucune ulcération visible. Après cocaïnisation, on peut passer plusieurs bougies, nos 20, 24, 28. Cette dernière fut laissée en place quelques minutes. Les jours suivants on pratiqua la dilatation bougiraire jusqu'au n° 52 assez rapidement. Le malade put se nourrir normalement et reprit très vite du poids.

M. Got conclut en faisant observer qu'il y a très probablement à l'origine de ces spasmes essentiels des lésions insignifiantes qui passent inaperçues et sont dues sans doute à une alimentation vicieuse (défaut de mastication).

M. BUNEAU.

W.-S. SCHLEY (*New-York*). — **Cancer du maxillaire supérieur ; son traitement chirurgical.** *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. XXXVII, novembre 1923, p. 683.

L'auteur rapporte trois observations de cancer du maxillaire supérieur opéré par résection du maxillaire, et rappelle qu'il a publié un certain nombre d'autres cas en novembre 1918 dans les *Annals of Surgery*. Tous les malades opérés sont encore en vie, l'intervention la plus ancienne datant de neuf ans et la plus récente de quatre ans et demi. Depuis, il a fait d'autres opérations sans aucune mortalité opératoire. Tous les malades sont encore vivants sauf une femme qui, ayant refusé de sacrifier un œil, succomba quatorze mois après d'un large envahissement de la région orbitaire.

Schley préconise l'incision de Ferguson, une antisepsie buccale minutieuse et la ligature de la carotide externe. L'opération est bien supportée par les malades qui se lèvent généralement le septième jour.

PLANTEY.

SANTY et DUNET. — **Kyste adamantin uniloculaire de la branche montante du maxillaire inférieur avec formations microkystiques intra-pariétales.** *Lyon Chirurg*, janvier-février 1923.

Le cas observé concerne un kyste d'un volume tout à fait anormal, développé tardivement chez un homme de 70 ans, au niveau du maxillaire inférieur.

La radiographie a confirmé l'examen clinique et l'intervention a été faite le 10 octobre 1921 sous anesthésie locale par mise à nu des deux faces de la branche montante du maxillaire et on aborda le kyste par la face externe. Guérison ultérieure.

La donnée la plus intéressante relevée par l'examen histologique est la présence d'un certain nombre de kystes indépendants du kyste principal, kystes vraisemblablement développés au niveau de germes abérants voisins du germe paradentaire qui donna naissance au kyste uniloculaire de grand volume.

La présence de ces kystes secondaires permet de comprendre la



genèse de l'affection rare appelée Maladie polykystique des mâchoires. Il explique aussi les récidives observées après l'extirpation incomplète de certains kystes paradentaires. Il faut donc réaliser l'énucléation en bloc du kyste paradentaire.

SARGNON.

DOUGLAS GUTHRIE. — **Hyperplasie chronique du maxillaire supérieur; ses rapports avec les autres tumeurs osseuses et avec l'otosclérose.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXVIII, n° 11, novembre 1923, p. 575.

L'auteur a récemment observé deux cas de cette affection rare, l'un chez une fillette de 16 ans, l'autre chez un garçon de 4 ans. L'hyperplasie n'a rien à faire ni avec l'ostéite déformante, ni avec le léontiasis de la face. Histologiquement l'aspect ressemble nettement aux images de l'oto-spongiose, bien que cliniquement on n'ait jamais observé de lésion concomitante de la capsule labyrinthique.

A. QUIRIN.

CHALIER et DESJACQUES. — **Traitement de l'érysypèle de la face par des injections sous-cutanées de lait.** Soc. de Méd. des Hôpitaux de Lyon. 20 février 1923 in *Lyon médical*, 25 mai 1923.

Ce traitement leur a donné de bons résultats. Sur 6 cas, 4 ont été très efficacement influencés, 2 l'ont été d'une façon douteuse. Il y a surtout une modification de l'état local. La plaque suspend sa progression, s'affaïsse et devient moins rouge. Au début, on fait une piqûre de lait de 10 centimètres cubes puis on répète la même dose le lendemain et le surlendemain sous la peau de l'abdomen. Le lait a été stérilisé par l'ébullition au bain-marie.

SARGNON.

PALLASSE et BADOLLE. — **Anévrisme de l'aorte descendante thoracique.** Soc. nat. de méd. et des Soc. méd. de Lyon, 6 décembre 1922, in *Lyon médical*, 25 mars 1923.

Dans cette observation, il n'y avait pas de signes laryngés ou œsophagiens.

A ce propos, une discussion s'engage et, entre autres, GAREL insiste sur le diagnostic des anévrismes de l'aorte par le laryngologiste. Pour l'aorte ascendante ces signes sont classiques: la paralysie de la corde vocale gauche, la toux de compression, le signe d'Oliver et les battements laryngés visibles au miroir.

Dans les anévrismes de l'aorte descendante, GAREL insiste sur une forme spéciale bien importante à connaître: la forme dysphagique par compression de l'œsophage. Dans le cas de M. PALLASSE cette dysphagie faisait défaut.

Cette forme dysphagique a été signalée par GAREL en 1907. Aussi GAREL conseille-t-il de ne jamais introduire un instrument quelconque dans l'œsophage sans exiger impérieusement un examen radioscopique préalable.

SARGNON.

---

Le Gérant : P. VIGOT.

# M É M O I R E S

---

## A PROPOS DE DEUX CAS DE CLINIQUE OTOLOGIQUE A ALLURE ATYPIQUE

Par le Dr Victor DE BRITTO

Professeur de Clinique des maladies des yeux  
à la Faculté de médecine de Porto-Alegre (Brésil)

(Mémoire reçu le 2 février 1924).

---



Bien que l'étude clinique des otites moyennes et des mastoïdites ait été, dans ces derniers temps, complètement remaniée dans les traités de la spécialité, il faut convenir qu'il se présente de temps en temps, dans la pratique, des cas qui s'écartent plus ou moins des descriptions didactiques, soit par des aspects cliniques un peu différents, soit par les surprises que nous présentent l'association et la marche des symptômes et le résultat de la thérapeutique, médicale ou chirurgicale. Parmi ces cas, lesquels représentent vraiment des exceptions, pourtant moins rares que l'on pense, doivent être comprises, à mon sens, les deux observations qui font le sujet de cette communication.

### OBSERVATION I

*Otite moyenne récidivante. Méningite aiguë. Ponction lombaire : liquide purulent. Guérison.*

Le 14 mai 1922 je fus cherché par le Dr A. Silveira pour voir un malade, enfant âgé de 7 ans, qui, d'après ce confrère, était affecté de méningite aiguë, consécutive à une otite purulente chronique.

Et voici les renseignements fournis par les parents du petit malade. Il y a cinq ans, à la suite de rougeole, l'enfant eut de l'otorrhée des deux côtés. L'écoulement est devenu abondant et de mauvaise odeur. Pendant cinq mois la mère lui faisait, journellement, des injections d'une infusion quelconque avec une seringue en caoutchouc, suivies d'assèchement avec de la ouate hydrophile enroulée sur un cure-dents, et d'instillation de glycérine. Au bout de ce temps-là l'écoulement

cessa complètement. Au bout d'une année, pendant laquelle l'enfant semblait tout à fait guéri, l'écoulement purulent s'est reproduit du côté droit, continuant depuis lors, avec des intermittences de courte durée. Depuis plusieurs jours l'écoulement s'est tari subitement. Le 12 mai, au matin, l'enfant se réveilla avec des violentes douleurs de tête, des vomissements et un peu de diarrhée. L'évacuation intestinale se répéta deux fois dans la journée pour ne plus revenir; mais les vomissements et la céphalalgie persistèrent. Les douleurs de tête étaient très violentes, arrachant à l'enfant des cris à chaque instant. Le malade se maintenait au lit les membres inférieurs fléchis et, lorsque sa mère essayait de les étendre, il poussait des cris et des exclamations en lui demandant de le laisser dans la même position. Le 13, au soir, le Dr A. Silveira, appelé par la famille, constata une fièvre très élevée — 40° — des vomissements, de la céphalalgie intense, une forte agitation et de l'insomnie. Le 14, appelé en consultation avec ce confrère, j'observe les symptômes suivants :

Le malade accuse des douleurs de tête intenses, généralisées, de l'agitation, des vomissements sans efforts. Il garde la position en chien de fusil; l'extension des jambes est très difficile et douloureuse : Kernig. Les pupilles, un peu rétrécies, réagissent faiblement à la lumière; pas de strabisme. *Absence complète de réaction douloureuse à la mastoïde*, soit spontanée, soit provoquée; pas de rougeur et d'œdème rétro-auriculaires. Conduits auditifs, secs.

En face des antécédents et des symptômes, accusés par le malade, je n'ai aucune objection à formuler au diagnostic de mon confrère. Cliniquement il s'agit d'une méningite aiguë d'origine otitique. Séance tenante, je pratique une ponction lombaire et retire 14 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, qui sort sous pression et très trouble, de couleur jaunâtre. L'examen du liquide, fait dans le laboratoire du Dr Pereira-Filho, a donné le résultat ci-dessous :

a) Examen macroscopique : aspect franchement trouble; dépôt purulent;

b) Examen cytologique : beaucoup de pyocytes;

c) Examen bactériologique : rares cocci en chaîne, gram positif.

Malgré l'absence de symptômes du côté de la mastoïde, je conseille à la famille de faire entrer le petit malade dans une maison de santé, pour le soumettre à l'opération de l'évidement pétro-mastoïdien. Mon avis fut accepté; mais pendant deux jours je n'ai pas eu de nouvelles du malade. Le 17 je suis surpris par cette information, qui m'a été personnellement donnée par mon confrère : « Le petit malade se porte admirablement; après la ponction lombaire tous les symptômes ont cessé. Et, devant l'état de franche amélioration du patient, la famille résout de ne pas le soumettre à l'opération indiquée. »

Pour obtenir des informations plus minutieuses, j'ai invité la mère de l'enfant à l'accompagner dans mon cabinet de consultations. Et voici ce dont elle m'informa : « Tout de suite après la ponction lombaire l'enfant n'accusa plus de douleurs et dormit tranquillement, et sans interruption, pendant plus de dix-huit heures. Le lendemain (15) en se réveillant, il ne se plaignait plus de douleurs dans la tête; plus de vomissements; il demande à manger, en disant qu'il a faim. La mère lui donne une tasse de thé au lait. Pendant toute la journée

il se porte très bien, sans douleurs, sans fièvre. Le 16, état excellent. Le patient réclame à manger et la mère lui donne *trois grosses tasses de café au lait*. Le soir, fièvre; la température monte à 39°. La mère lui administre un lavage intestinal, qui est suivi de l'expulsion d'abondantes selles liquides de très mauvaise odeur. Le lendemain, pas de fièvre, pas de douleurs de tête. Comme alimentation, thé et infusion de fleurs d'oranger. Le soir, légère élévation thermique; sommeil tranquille. Depuis lors, l'état du malade devient normal. Le 21 il se lève, complètement rétabli. Le malade, qui avait déjà l'audition réduite, l'a perdue tout à fait à la suite de la récente maladie. L'examen otoscopique révéla une perforation tympanique des deux côtés, plus large à droite. La muqueuse de la caisse est un peu hyperhémée, sans granulations. Une très légère sécrétion humecte la gaze.

En résumé, chez ce patient, affecté de méningite aiguë d'origine otique et de nature purulente, confirmée par le laboratoire, les symptômes graves ont cessé rapidement après une ponction lombaire. Une exacerbation de la température, à la suite de l'ingestion de quelques tasses de café au lait, se dissipe complètement au moyen d'un lavage intestinal, suivi de l'expulsion d'abondantes selles fétides. Voilà le fait clinique dans toute sa simplicité. Comment doit-on l'interpréter? L'on sait que la méthode de la ponction lombaire pour le diagnostic et la thérapeutique de la méningite ne date pas de longtemps. C'est Quincke qui, le premier, a employé la ponction rachidienne pour combattre l'hypertension du liquide céphalo-rachidien dans la méningite. En 1891 il a publié les premiers résultats observés dans sa pratique. Depuis lors la nouvelle méthode se propagea en Italie et en France. Dans ce dernier pays les premiers essais ont été faits par Chipault, Marfan et Netter. En 1899 Netter publia l'observation d'un cas de méningite cérébro-spinale avec liquide céphalo-rachidien très purulent chez un enfant âgé de 2 ans 1/2. Il lui pratiqua 11 ponctions. A mesure que celles-ci se succédaient, le liquide devenait plus clair et le nombre de micro-organismes, constatés dans l'examen du laboratoire, diminuait sensiblement. En ce qui se rapporte à la méningite otitique, c'est à Gradenigo que revient la priorité dans l'emploi de la méthode de la ponction lombaire. Cet auteur a eu l'occasion de l'employer dans deux cas de méningite consécutive à une otite suppurée. Après l'évidement pétro-mastôïdien, deux ponctions lombaires ont été pratiquées chez chaque malade avec un résultat complet. D'après Gradenigo le succès a été dû à l'action de la suppression du foyer osseux dans l'oreille moyenne (ayant eu comme conséquence l'extinction des nouvelles migrations de microbes et leurs toxines



vers les méninges, et à l'action des ponctions lombaires successives, lesquelles, à leur tour, soustrayent à l'économie une partie des germes et des toxines qui l'ont déjà envahis. « La ponction lombaire, dit Guisez, présente un effet nettement curatif; nombreuses sont aujourd'hui les observations où des ponctions lombaires répétées, évacuant de 20 à 30 grammes de liquide, combinées à une désinfection exacte du foyer osseux, ont amené la guérison de méningites, non seulement séreuses, mais aussi nettement purulentes, à staphylocoques, streptocoques. »

Mais dans le cas de mon observation il n'y a pas eu d'intervention opératoire sur la mastoïde, au milieu du foyer primitif de l'infection. La disparition des symptômes a été consécutive à une seule ponction lombaire. Comment, donc, en donner l'interprétation ?

On a vu que les symptômes cérébraux se manifestèrent après la cessation brusque de l'écoulement. Or, en ce qui se rapporte à la lésion primitive de l'oreille moyenne, j'ai pu constater l'existence d'un foyer minime d'infection — on pourrait dire : épuisé — incapable de continuer à fournir des contingents microbiens ou toxiques aux méninges. Peut-on admettre que, le foyer osseux primitif étant tari, la soustraction de micro-organismes et de toxines, produite par une simple ponction, ait été suffisante pour mettre les agents de la défense de l'organisme dans des conditions favorables de résistance ? Quoi qu'il en soit, il ne s'agit que d'une hypothèse.

## OBSERVATION II

*Otite moyenne avec symptômes graves simulant une complication intra-cranienne. Evidement pétro-mastoïdien. Mastoïde éburnée totale. Ponctions dure-mérienne et cérébrale, négatives. Guérison.*

Le 4 août 1923 s'est présenté, à ma consultation de l'hôpital, A.-I.G. âgé de 28 ans, de nationalité espagnole, se plaignant de graves souffrances, consécutives à une *otorrhée de l'oreille gauche*. Le patient, dont l'état de faiblesse est très prononcé, vient appuyé sur le bras d'un ami; il lui est presque impossible de marcher tout seul pendant quelques minutes. Il accuse des douleurs profondes, très intenses, dans la tête, du côté de l'oreille malade.

*Antécédents.* — Le 22 mai 1923 il fut pris de fortes douleurs dans l'oreille gauche, suivies, au bout de quarante-huit heures, d'écoulement de pus par le conduit. Il n'a pas consulté de médecin; comme traitement, on lui instilla des gouttes d'huile d'olive dans le conduit. Après l'écoulement les douleurs se sont apaisées pendant quelque temps pour revenir ensuite avec la même intensité. Depuis lors elles ont

continué avec de courtes intermittences et se sont aggravées beaucoup dernièrement.

*Etat actuel.* — Ecoulement peu abondant par le conduit gauche. Après irrigation et assèchement, l'otoscopie ne révèle pas grand'chose à cause de l'étroitesse du conduit, dans sa partie interne, surtout au voisinage du tympan. Seulement la membrane tympanique est un peu hyperhémiee. Aucune douleur à la mastoïde, soit spontanée, soit à la pression ou à la percussion ; point de rougeur ou d'œdème de la peau rétro-auriculaire. Douleurs spontanées dans toute la moitié gauche de la tête, avec prédominance dans la région temporale. A la percussion le malade accuse de fortes douleurs dans cette région, au-dessus du pavillon.

*Marche de l'affection.* — Le 4 août, au soir, température 37°,3. Le 5, dans l'après-midi, température 38°,5 ; pouls 60. Je prescris un purgatif et des applications glacées sur la tête rasée. Pendant la nuit le patient a dormi un peu ; les douleurs spontanées s'apaisèrent avec la glace ; les douleurs à la percussion continuent de même. L'examen du fond d'œil est absolument négatif. Je pratique une ponction lombaire. Le liquide sort sans pression, parfaitement limpide. L'examen de laboratoire révèle la *présence de quelques rares leucocytes*. En cherchant à m'expliquer la présence des douleurs de tête avec localisation temporale à la percussion, et en confrontant ce symptôme avec la lenteur du pouls, je pense à la possibilité, à la probabilité même, d'une collection purulente extra ou intra-dure-mérienne, et, dans ce sens, je fixe l'opération au lendemain.

Le 6, opération. Mastoïde, sclérosée, typique. Aucune altération. Après chaque coup de ciseau la surface de l'os se présente lisse, de couleur blanche, éburnée. Antre, profond, petit, tout à fait sain ; de même l'aditus. A la caisse un peu de sérosité purulente ; pas de fongosités. La muqueuse ne me paraît pas très affectée ; peut-être est-elle un peu épaissie. Dénudation de la dure-mère au niveau du toit du conduit et de l'antre dans une étendue de un centimètre et demi de long sur un centimètre de largeur. Membrane, peu pulsatile, semble un peu épaissie. Après une rigoureuse asepsie à l'eau oxygénée, je pratique la ponction, qui est franchement négative. Ensuite, au moyen d'un couteau de Graefe je fais la ponction du cerveau jusqu'à la profondeur de deux centimètres dans divers sens. Résultat, absolument nul. Pansement rigoureusement aseptique. T. 37°,7. Le 7, le patient a passé un peu mieux la nuit ; moins de douleurs ; mais continue à être très abattu. T. le matin, 38°,2 ; p. 56 ; le soir, T. 38°,5, p. 60. Douleurs un peu apaisées.

Pansement. Plaie opératoire absolument propre ; gaze du conduit imbibée de sérosité purulente verdâtre.

L'examen fait au laboratoire, au moyen de cultures, révéla la présence de bacilles pyocyaniques. En écartant soigneusement les bords de la dure-mère avec une sonde cannelée, *il ne sort aucun liquide*.

Le 8, T. 37° et 37°,2 ; moins de douleurs ; au pansement, plaie opératoire très propre. Le 9 et le 10, T. 37°,6 et 37°,9 ; p. 62. Le 11, T. 37°,7 au matin. Le patient dit qu'il souffre beaucoup moins. Au pansement, plaie très propre, gaze imbibée de sérosité verdâtre. La

dure-mère qui était un peu bombée, s'aplatit. Douleur à la percussion sur la région temporale, presque nulle.

Le 12, le patient dit que les douleurs deviennent un peu plus fortes et s'irradient vers la nuque. T. 37°,8 et 38°,8, p. 62. Gaze du pansement, imbibée de sérosité verdâtre. La dure-mère se nettoie. Le 13, les douleurs continuent avec irradiations vers la nuque. T. 37°,5 et 38°,6 ; p. 64.

Le 14, les douleurs continuent, le patient est très abattu et refuse le lait. T. 37°,1 et 37°,5. Pansement, sans altération.

Le 15, mêmes douleurs et abattement, T. : 37°,7 et 38°. Le 16, T. 37°,4 et 39°,7 ; p. 64. Toujours les mêmes douleurs avec propagation vers la nuque. Le 17, *statu quo*, quant aux douleurs. T. 36°,9 et 38°,3. Nouvelle ponction lombaire. Le liquide sort sans pression.

L'examen de laboratoire donne : Formule leucocytaire : mononucléaires 6,5 par mmc. ; dosage d'albumine, 0,43 *Pas de polynucléaires*. L'examen des réflexes est négatif. Le 18 la dure-mère est un peu saillante et de couleur jaune à la partie inférieure. Pansement très minutieux à l'eau oxygénée. État général, mauvais ; le patient, très abattu, continue à se plaindre de douleurs avec irradiations vers la nuque. T. 37° et 38°,4. Le 19, même état général, mêmes douleurs. T. 38°,1 et 38°,4. Le pouls oscille entre 55 et 60. Le 20 le patient accuse des douleurs sur le front et la nuque. T. 39°,8 ; p. 78. Au pansement, léger prolapsus du cerveau à travers la dure-mère exulcérée. Le 21, T. 37°,5 et 38°,4. Pansement presque propre, un peu de sécrétion imbibé la gaze du conduit. Cautérisation au thermo du prolapsus du cerveau.

Le 22, nystagmus latéral. Je prends la résolution d'intervenir dans la fosse cérébelleuse. Incision de 5 centimètres, perpendiculaire à la plaie rétro-auriculaire, jusqu'à l'occiput. Rugination des lambeaux supérieur et inférieur. A la trépanation on tombe sur une veine osseuse qui donne un peu. L'hémostase ayant été difficile, je préfère tamponner et ajourner l'opération. Le 23, état général meilleur ; le malade a dormi tranquillement ; les douleurs ont beaucoup diminué ; T. 36°,2 et 37°,3 ; p. 70.

Le 24, peu de douleurs, état général allant en s'améliorant ; l'appétit revient ; le malade se sent plus fort ; il s'assied sur le lit avec relative facilité. Le 25, pas de douleurs, T. 37° et 36°,8. Le pansement est propre ; p. 66. Le 26, le nystagmus a complètement disparu ; point de douleurs ; t. 36°,2 et 36°,4 ; p. 68. Le 27, T. 36°,5 et 36°,3. La plaie rétro-auriculaire se couvre rapidement de granulations qui enveloppent la dure-mère. Le 28, T. 36°,2 et 36°,5. Depuis lors l'amélioration va rapidement, l'état général et l'appétit deviennent normaux.

Le 1<sup>er</sup> septembre le malade peut marcher dans la salle. Suture de la plaie perpendiculaire à l'incision rétro-auriculaire primitive. Le 30 octobre le patient a son exeat complètement guéri. Il est entré au service de l'hôpital comme aide infirmier ; ce qui me permet de l'examiner au moins deux fois par semaine. La guérison se maintient définitive.

En résumé, patient entré à l'hôpital avec des douleurs de tête très fortes, profondes, durant depuis trois mois, consécutives

à une otite moyenne. Etat général très déficitaire : pas d'appétit, affaiblissement, fièvre modérée. Ecoulement séro-purulent par le conduit gauche. Fortes douleurs à la percussion sur la région temporale ; pas de douleurs sur la mastoïde. En face des antécédents, du caractère de la localisation des douleurs sur la région temporale et de la lenteur du pouls, je pense à un abcès, au niveau du lieu d'élection, extra ou intra dure-mérien. A l'évidement pétro-mastoïdien, mastoïde éburnée classique ; antre et aditus, sains ; caisse, très peu altérée, sans fongosités, avec sérosité purulente peu abondante. Résection large de la mastoïde, vers le segment de l'antre et du conduit ; mise à nu de la dure-mère ; ponction de cette membrane et du cerveau, sans résultat. Pendant quelques jours le malade va mieux ; il se plaint moins des douleurs, mais le pouls offre toujours le type lent depuis son entrée à l'hôpital. Plus tard les douleurs continuent en s'irradiant vers la nuque et il se produit du nystagmus. L'examen du liquide céphalo-rachidien, retiré sans hypertension, révèle la formule leucocytaire — mononucléose — avec absence de polynucléaires. Pas de signes cliniques d'un état inflammatoire des méninges. Tentative d'intervention sur la loge cérébelleuse, empêchée par hémorragie d'une veine osseuse. Depuis lors le patient va en s'améliorant rapidement et la guérison devient définitive.

Comment expliquer la terminaison favorable ? Si celle-ci s'était réalisée après la première opération, on pourrait, peut-être, la mettre sur le compte de la mastoïdite condensante, dont mon cas représente anatomiquement un type parfait. Mignon en fait une belle description dans son traité de 1898. Mais, outre que le patient n'accusa jamais des crises douloureuses dans la mastoïde, les douleurs de tête se sont aggravées, après l'évidement, avec association de douleurs dans la nuque et de nystagmus. Il y a encore à ajouter que, après une tentative d'intervention, ayant échoué dès le début à cause d'un accident hémorragique, tous les symptômes cessent complètement et la guérison devient définitive.

Dans la difficulté de trouver une interprétation satisfaisante de cette observation, j'ai résolu de la soumettre à mes distingués confrères, plus familiarisés que moi avec les problèmes de la chirurgie de l'oreille.

---



TRAVAIL DE LA CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PRAGUE

Directeur : Professeur Dr O. KUTVIRT.

---

CONTRIBUTION A LA PATHOGÉNIE  
ET LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA FISSURE  
SOUS-MUQUEUSE DU PALAIS OSSEUX

Par le Dr Milo SEEMANN

Assistant de la clinique.

---

*Mémoire reçu le 8 février 1924.*

---

Parmi les troubles d'évolution du palais dur, les cas de division sous-muqueuse demandent une attention toute particulière, non seulement au point de vue pathologique, mais encore au point de vue clinique.

LANGENBECK a le premier remarqué ces cas, et les divise dans son travail de l'année 1863 en trois :

1° La paroi osseuse manque complètement; mais tandis que la muqueuse du palais dur est presque tout à fait conservée, le voile du palais est divisé; 2° Les palais dur et mou sont divisés, mais la division du palais dur est plus accentuée que le défaut de la muqueuse; 3° Le palais dur est divisé sur la ligne médiane ou sur le côté du vomer, mais ce défaut est normalement couvert par la muqueuse.

Les groupes 1 et 2 ont plutôt une valeur théorique; le médecin ne peut pas ne pas les remarquer, parce que la division du voile le force d'examiner attentivement aussi le palais dur avant un traitement quelconque. Mais dans le cas de division sous-muqueuse, chez lequel on ne voit rien d'extraordinaire à première vue, il n'en est pas de même. Ces cas sont d'ailleurs très rares et ils échappent facilement à l'attention du médecin pendant l'examen. Ils peuvent facilement être la cause d'un faux diagnostic et d'un mauvais traitement.

BUMBA cite dans son travail de 1922, 14 cas de fissure sous-muqueuse du palais dur connus dans la littérature, ce qui témoigne de la rareté de ces cas. Dans mes recherches, outre les cas cités de Bumba, j'en ai trouvé encore quelques autres dans la littérature. FEIN décrit 6 cas semblables, PASSAVANT 2, A. BROWN-KELLY 8, H. STERN 1. Mon matériel est de 13 cas, observés presque tous à la consultation phoniatrique de la clinique du professeur O. Kutvirt.

De tels faits se trouvent le plus souvent dans la clientèle otolaryngologique et principalement phoniatrique. La cause en est dans le trouble frappant de la parole. Les malades souffrent alors d'une forte *rhinolalie ouverte*. Le trouble de la parole peut se manifester d'une manière si frappante que, d'après la façon de parler, on pourrait penser chez ces malades à une division congénitale du palais.

À un examen superficiel, on trouve la voûte du palais intacte et le voile en parfait bon fonctionnement. C'est ce qui fait que ces cas sont souvent mal diagnostiqués. On cherche ensuite la cause du trouble de la parole dans le nasopharynx ou dans les fosses nasales et, comme on y trouve presque toujours des changements pathologiques, il est possible, comme je le démontrerai plus tard, de nuire au malade par une opération non indiquée.

Un examen plus détaillé et principalement plus fonctionnel explique la vraie cause de ce trouble. Pendant la phonation on peut observer dans tous les cas, à la limite des palais dur et mou, un endroit plus ou moins enfoncé, semblable à un triangle mince, dont la pointe se dirige en avant. Par le toucher digital, il est possible de trouver à cet endroit une petite fissure d'environ 3 à 5 millimètres de largeur et 7 à 10 millimètres de longueur, dont les côtés sont aigus. Sur la figure 1, représentant le moule d'un tel palais, il est facile de voir la grandeur de la fissure et aussi le bord postérieur du palais dur.

Si nous faisons faire une phonation par le malade, en pratiquant la rhinoscopie postérieure, nous voyons, que l'occlusion vélo-pharyngéale n'est pas normale ; il reste entre le voile et la paroi postérieure du pharynx un espace plutôt grand.

Comme découverte secondaire, nous trouvons souvent la bifidité de la luette. LERMOYEZ estime cette constatation comme normale. D'après la remarque de GUTZMANN, il n'en est pas ainsi. Ce que je puis confirmer, dans les cas que j'ai examinés, c'est que la luette était six fois normale. Quelquefois il se trouve une irrégularité dentaire, ce que j'ai constaté dans deux cas. Il s'agissait

d'une position anormale des incisives, ce qui répond au trouble du développement de l'os intermédiaire.

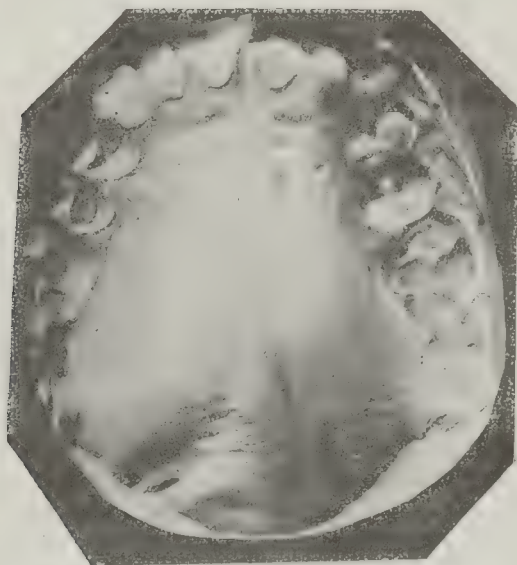


FIG. 1.

Sur le voile on peut distinguer deux parties différentes au point de vue anatomique et physiologique : la partie horizontale et la partie perpendiculaire. Au niveau de la première se trouvent principalement des muscles, tandis que dans la deuxième il n'y a que des faisceaux musculaires isolés ; cette dernière partie se compose principalement de tissu conjonctif et de glandules. La limite entre les deux parties est l'endroit qui se soulève le plus pendant la phonation. Cet endroit se trouve à environ 3 millimètres de la base de la luette. Si nous examinons une préparation anatomique, nous pouvons voir, qu'ici les faisceaux des *levator veli palatini* se mêlent en formant un arc ouvert en haut, et se croisent avec leurs antagonistes, les muscles des arcs palatins. Il faut considérer ces muscles (mm. palatoglosse et palato-pharyngien) comme de vrais antagonistes de l'élévateur du voile ; ils peuvent vraiment troubler ou empêcher la fonction de l'élévateur, s'ils sont trop courts par une cause congénitale ou acquise.

Pour que le son de la voix soit normal il n'est pas absolument

nécessaire que l'occlusion vélo-pharyngienne soit tout à fait précise. Ceci a déjà été démontré par PASSAVANT et MAURICE SCHMIDT, qui a introduit entre le palais mou et la paroi postérieure du pharynx des tubes de différents calibres. C'est seulement après avoir introduit un tube de 6 millimètres ou plus que la voix devient complètement nasale. J'ai examiné un grand nombre de personnes, en faisant la rhinoscopie postérieure, et je me suis persuadé, que pendant la prononciation de la voyelle A, il reste une ouverture plus ou moins large entre le voile et la paroi postérieure du pharynx. Cela dépend même beaucoup du développement du muscle pterygo-pharyngien, qui forme la base anatomique de *la crête de Passavant*. Si elle est fortement développée, elle peut dans une certaine mesure compenser l'insuffisance du voile.

Donc il n'est pas toujours possible de définir l'insuffisance du voile par des circonstances purement anatomiques, et c'est pourquoi il me semble, que la définition de GUTZMANN est la plus vraie, quand il dit : « Le voile est insuffisant, quand il ne peut pas exécuter l'occlusion physiologique du pharynx, quoiqu'il soit normalement configuré et d'une motilité normale. »

On peut le mieux démontrer la précision de cet acte physiologique par les méthodes expérimentales. A. HERTMANN a décrit une simple expérience. Il introduisait dans les deux narines des olives et en reliait une avec un petit ballon en caoutchouc. De cette manière il pouvait mesurer la pression nécessaire pour l'occlusion vélo-pharyngien pendant la phonation. Il a constaté que, par exemple, la pression monte graduellement pendant la prononciation des voyelles : a, o, e, ou, i. Il a aussi démontré que dans la prononciation de i, l'occlusion est la plus exacte. Si nous examinons les malades atteints d'une fissure sous-muqueuse, nous constatons que cette occlusion ne s'effectue pas, même pour les sons, où il faut bien fermer le nasopharynx ; ce qu'il est possible d'enregistrer graphiquement. En unissant l'olive nasale avec un tambour de Marey et en faisant prononcer par le malade des sons explosifs p, t, k, etc., nous voyons, que chez une personne normale, le tambour ne fait pas d'oscillations. Dans nos cas, au contraire, pendant la prononciation de ces différents sons, l'air pénétrait dans les fosses nasales ; et le tambour enregistrait les oscillations.

D'après les démonstrations précédentes, il résulte, qu'en ne peut pas *précisément définir la notion de l'insuffisance du voile, et qu'elle peut être compensée par diverses circonstances*, comme par



exemple, par un fort développement de la crête de Passavant, ou même par des végétations adénoïdes, comme le démontre le cas suivant.

V. K..., 12 ans : le palais dur est haut et au milieu il est comme cassé; la dentition est irrégulière. Fissure sous-muqueuse du palais dur, lueite bifide. La parole est tout à fait normale. Pendant la phonation le palais mou touche aux végétations adénoïdes, si bien qu'il se produit une occlusion vélo-pharyngéale suffisante.

LERMOYEZ est de cet avis, que la cause de l'insuffisance n'est pas dû à un voile trop court, mais à un palais dur trop court. C'est pourquoi il l'appelle « insuffisance vélopalatine ». Au contraire H. GUTZMANN démontre que la cause de l'insuffisance est due à un voile trop court. J'ai examiné à ce sujet nos cas et j'ai obtenu les résultats suivants :

Nom	Age	Longueur du palais dur	Longueur du palais mou pendant la phonation	Eloigne- ment de la paroi postérieure du pharynx	Remarques
Charles R . . . .	17	55	15	88	Sigmatisme nasal.
Louis D . . . .	12	45	10	75	Rhinolalie ouverte.
Fr. R. . . . .	9	45	17	75	Mutité idiотique.
Jeannette V. . . .	16	46	17	80	Palatolalie.
Jarm. Z . . . .	17	45	25	81	Rhinolalie ouverte.
Anna P . . . .	17	50	15	73	Voix normale.
J. Br . . . . .	10	50	17	80	Rhinolalie ouverte.
Olga R . . . . .	16	51	18	78	

Les mesures sont prises du bord des incisives supérieures ; la longueur du palais mou était mesurée pendant la phonation jusqu'à la base de la lueite. Le palais dur normal mesure entre 9-12 ans, (chez des personnes de contrôle) 40-48 millimètres ; et entre 16-17 ans, 45-62 millimètres ; la longueur du palais mou est respectivement de 23-28, et de 23-30 millimètres. Donc dans nos cas il s'agissait d'un raccourcissement médiocre du palais dur et d'un raccourcissement important du palais mou. Mais il faut aussi tenir compte de la distance du voile à la paroi postérieure du pharynx (V. tableau ci-dessus).

Je mesure la distance de la paroi postérieure du voile et de la paroi antérieure du pharynx avec un instrument, que j'ai fait faire exprès pour cela (Maison Bri, Cizkové, Prague II., Na Porici 9). Cet instrument, *Vélopharyngomètre* (V. fig. 2), consiste en une petite bande de fer carrée, graduée, sur laquelle court une capsule munie d'un bec, qui se meut très facilement, et qu'on peut arrêter au moyen d'un ressort. Avec cet instrument, introduit derrière le voile, on peut mesurer la distance du voile de la paroi postérieure du pharynx pendant la phonation. Je me sers aussi de cet instrument pour contrôler les progrès de l'amélioration de l'occlusion vélopharyngée.

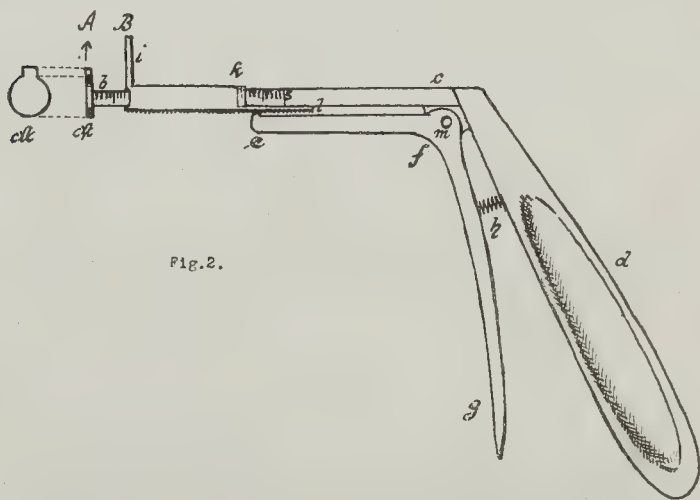


Fig. 2.

Les causes de l'évolution de la fissure sous-muqueuse du palais dur, et les causes de la division du palais en général, ne sont pas encore connues. ROKYTANSKI incrimine les difformités particulières du fœtus, ou diverses influences agissant sur le fœtus pendant son développement. MECKEL est du premier avis et attire l'attention sur l'importance de l'hérédité. VIRCHOW considère comme très importants les processus inflammatoires, qui se manifestent pendant la période embryonnaire. PANUM voit la cause de la division dans un *mouvement mécanique*. AHLFELD explique le développement de la division par l'existence d'une hydrocéphalie au moment où se développent les processus palatins, de telle façon, que par l'élargissement subit de la base du crâne, les processus palatins ne se trouvent pas en contact et par conséquent

il reste une communication entre les fosses nasales et la cavité orale.

FEIN est partisan de la théorie mécanique. Il considère l'interposition de la tonsille pharyngée hyperplastique comme la cause qui empêche la croissance des lames palatines. Mais ses explications ne sont pas convaincantes. Il décrit toute une série de cas, où il a trouvé dans les préparations de nouveau-nés avec division du palais, de grandes végétations adénoïdes interposées. Plus loin il décrit de tels aspects chez des enfants avec palatoschisis ; enfin il a trouvé dans 7 cas de fissure sous-muqueuse du palais dur, la luvette plus ou moins fissurée et des végétations adénoïdes.

Je reviendrai plus tard sur les constatations de FEIN. Pour le moment, je veux parler de ce qui est dit dans la littérature récente.

WARNEKROS prétend que la cause du développement de la division du palais est toujours une dent surnuméraire, et il le démontre au moyen de radiographies.

D'après SCHORR, deux énergies participent à l'accroissement du palais dur et des os maxillaires. Il appelle la première, énergie architectonique et la deuxième (qui surveille l'accroissement des parties du corps dans toutes les dimensions) énergie végétative. Si la première faiblit, la deuxième agit. Plus précocement est épuisée la première énergie, plus les difformités sont graves. Mais SCHORR ne résout pas non plus la question de la cause déterminante de la difformité.

GRUNBERG pense en général d'une manière semblable. Il distingue des causes externes et des causes internes du développement des difformités. Il arrive à la conclusion, qu'il n'est pas possible d'expliquer diverses difformités, principalement les difformités du palais, par des influences externes, et il croit, qu'il faut supposer des causes internes existant déjà dans le fœtus même. Parmi ces dernières, il met surtout en ligne l'hérédité.

Ainsi nous voyons que, même les travaux récents, ne peuvent répondre à la question sur les causes provoquant au fond la division du palais. BUMBA seul exprime l'opinion, que la syphilis pourrait constituer une de ces causes internes dans le sens de GRUNBERG. Dans son cas de fissure sous-muqueuse, il s'agissait d'une malade avec syphilis congénitale vraisemblable, et il croit que la difformité a pu être produite par la blastophorie syphilitique. Mais je n'ai trouvé ces manifestations syphilitiques dans aucun de nos cas ; je n'ai pu trouver non plus de manifestations

semblables dans la littérature. C'est pourquoi son opinion n'est qu'une hypothèse.

Il faut chercher l'explication de l'évolution de la fissure sous-muqueuse du palais dans l'évolution embryonnaire. Aux dépens du premier arc branchial, se développent les processus pour la mâchoire supérieure et l'inférieure, et qui vont contribuer à former le palais. Par l'accolement du processus maxillaire avec le processus frontal d'une part, et avec le processus nasal d'autre part, la mâchoire supérieure a un rebord complet. Les deux processus maxillaires supérieurs entre lesquels s'interpose en avant le processus frontal, se rapprochent ensuite dans leur partie postérieure. De ces deux processus maxillaires supérieurs partent de chaque côté des crêtes (saillies) formant le fond des lames palatines. L'espace entre les lames palatines (division palatine primaire) diminue toujours. Dans la huitième semaine de l'évolution embryonnaire, *les lames palatines s'unissent et cela d'abord en avant puis en arrière*, c'est-à-dire qu'en avant elles croissent avec la cloison nasale et l'os intermédiaire, tandis qu'en arrière elles se joignent. Dans la neuvième semaine la partie antérieure du palais, correspondant au palais dur, est complètement fermée ; le palais mou est encore divisé, mais il se développe et se ferme ensuite très vite. Ce développement, comme l'a écrit Grunberg, explique la rareté des fissures du palais dur sans fissures du palais mou et ainsi la fréquence du développement des divisions dans la partie postérieure du palais.

Donc le développement du palais est terminé à la neuvième semaine embryonnaire. L'ossification de l'os maxillaire et de l'os palatin commence un peu plus tard. Ils ne se développent pas sur un fond cartilagineux, mais ils appartiennent aux os dits de membrane. L'os maxillaire se développe par six à sept centres d'ossification, qui se réunissent vers la fin du quatrième mois. L'os palatin se développe d'abord au bout du troisième mois embryonnaire par un seul centre d'ossification : son évolution va très lentement et la forme de l'os change sensiblement pendant son développement, qui ne prend fin que dans la 13<sup>e</sup> année.

Quand commence l'ossification du palais, l'évolution de l'involucrum palatin est déjà développée. C'est pourquoi il serait difficile d'expliquer la division du palais ou sa fissure sous-muqueuse par la théorie de FEIN, c'est-à-dire par l'interposition de végétations adénoïdes entre les lames palatines. Car on ne trouve un développement remarquable de tissu adénoïdien que dans le quatrième mois de la vie fœtale, donc quand le palais est déjà fermé.



On trouve alors la fissure sous-muqueuse dans la partie postérieure du palais ; sa longueur varie entre 6 et 10 millimètres. La fissure est donc principalement formée par la *désunion des os palatins* (V. fig. 3). Cette désunion est causée par une prédisposition quelconque qui existe déjà dans la manière d'être de l'ossification de cet os qui se fait, comme nous l'avons déjà dit, par un seul centre. Donc si l'énergie végétative, dans le sens de SCHORR, s'affaiblit, elle peut être la cause de cette difformité. Le développement de la fissure sous-muqueuse s'explique encore mieux, si dans les conditions citées, un obstacle interposé empêche l'accroissement des os palatins.

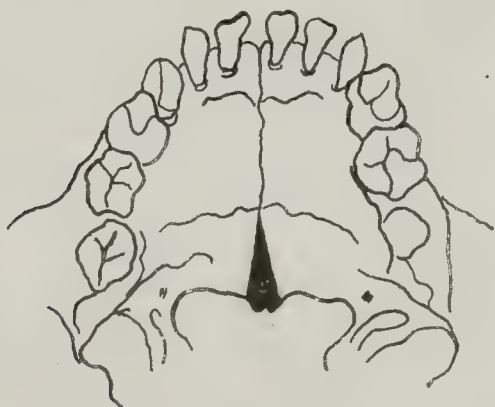


FIG. 3.

BERGENGRUN décrit dans son travail (*Epithelperten und Epithelstränge in der Raphe des harten Gaumens*, 1909), ses recherches intéressantes. Il leur accorde une grande valeur pour l'explication du développement de la fissure sous-muqueuse du palais dur. BERGENGRUN a trouvé sur des coupes en séries de palais de fœtus et de nouveau-nés, des perles et des foyers épithéliaux s'étendant de l'épithélium du palais jusqu'aux tissus sous-épithéliaux ; quelquefois même ils s'unissent à l'épithélium de la muqueuse nasale. Ces boutons et ces noyaux épithéliaux sont des restes de l'union incomplète de la division primaire du palais, à l'époque de son développement embryonnaire. Ils se manifestent macroscopiquement comme des taches grises quelquefois perlées, pointues ou oblongues dans le raphé du palais. Si les difformités décrites se trouvent en plus grande quantité dans la partie pos-

térieure du palais dur, ils peuvent facilement former un obstacle mécanique à l'accroissement des os palatins.

A mon avis, on peut aussi de cette manière, expliquer le développement de la fissure sous-muqueuse. Mais jusqu'à présent, je ne puis confirmer cette hypothèse par des recherches positives.

Cette question ne peut être résolue que par des examens histologiques. J'ai fait des recherches dans l'Institut pathologique du professeur HLAVA, sur une nombreuse série de nouveau-nés et de fœtus, et jusqu'à présent je n'ai pas trouvé de fissure sous-muqueuse. Je n'ai trouvé que quelquefois des changements sur le raphé du palais dur : taches grises, ou encore cicatrices ; j'en ai vu peu sur le raphé du voile. Ceci a été aussi observé par FEIN. J'ai également constaté la même chose dans des cas de bifidité de la luette.

Les constatations que j'ai faites *sur la cloison nasale sont très importantes pour l'explication du développement de la fissure sous-muqueuse du palais dur.*

1. J. Z..., 17 ans. Rhinoscopie antérieure : la muqueuse des cornets inférieurs est un peu hypertrophiée ; les méats inférieur et moyen sont très larges. Le bord postérieur de la cloison est tellement reporté en avant qu'à première vue, on pourrait avoir l'impression qu'il s'agit d'une perte de substance de la partie postérieure de la cloison. On peut très bien voir le bord postérieur de la cloison nasale ; son bord postéro-inférieur penche en avant, de sorte qu'on peut inspecter une grande partie de la paroi postérieure du pharynx. Pendant la phonation le voile fait des excursions très fortes. A gauche il y a une crête à la base de la cloison. Rhinoscopie postérieure : les choanes sont très larges. La cloison nasale est raccourcie, surtout dans sa partie inférieure. Toucher du nasopharynx : l'épipharynx est allongé dans la direction antéro-postérieure. Le bord postérieur du palais dur dépasse tellement le bord de la cloison nasale, qu'elle n'est pas palpable dans sa partie inférieure. La longueur de la cloison, mesurée avec une sonde de son bord postérieur au bord postérieur de la narine est de 40 millimètres.

2 Louis D..., 12 ans. Rhinoscopie antérieure : la muqueuse des cornets inférieurs est un peu hypertrophique ; le septum est dévié à droite et il est très court ; son bord postérieur est visible ; il y a une crête basale bilatérale du septum. Rhinoscopie postérieure : le bord postérieur de la cloison prend la direction en avant d'une manière frappante. Toucher du nasopharynx : la distance entre la paroi postérieure du pharynx et le septum est agrandie, principalement dans sa partie inférieure. Le bord postérieur du palais dur dépasse d'un centimètre le bord postérieur de la cloison. La longueur de la cloison fait 45 millimètres.

3. Françoise V..., 9 ans. Rhinoscopie antérieure : rhinite hypertrophique, la cocaïnisation des fosses nasales n'est pas praticable, parce que la malade est une idiote et est très inquiète. Toucher du nasopharynx : le septum s'insère presque à 1 centimètre derrière le bord postérieur du palais dur. On touche de petites végétations adénoïdes.

4. Jeannette V..., 16 ans. Rhinoscopie antérieure : malgré une hypertrophie médiocre des cornets inférieurs, les méats sont assez vastes. Le septum est dévié à droite et il est raccourci. Rhinoscopie postérieure : les choanes sont vastes ; le bord postérieur du septum est, dans sa partie inférieure, fortement incliné en avant. L'insertion du septum se trouve presque à 1 centimètre en avant du bord postérieur du palais osseux. La longueur de la cloison est de 47 millimètres.

5. Jarm. B..., 10 ans. Fissure sous-muqueuse du palais dur de  $6 \times 5$  millimètres. Palpation du nasopharynx : le bord postérieur du vomer penche fortement en avant dans sa partie inférieure ; son insertion se trouve presque à 1 centimètre en avant du bord postérieur du palais dur. La longueur du septum est de 42 millimètres.

6. Louis D..., 6 ans. Rhinoscopie antérieure : hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs. Toucher : hypoplasie typique de la partie inférieure du vomer. Un examen précis n'était pas possible.

7. Mat. P..., 3 ans. Fissure sous-muqueuse du palais dur d'une longueur de 4-5 millimètres. Toucher : végétations adénoïdes ; le vomer est hypoplasique dans sa partie inférieure. L'enfant est trop inquiet pour être examiné comme il faut.

8. Olga R..., 16 ans. Rhinoscopie antérieure : rhinite hypertrophique ; la cloison semble trop courte. Toucher de l'épipharynx : le vomer est hypoplasique dans sa partie inférieure. Le vomer n'est en contact avec le palais que jusqu'à 1 demi-centimètre en avant bord du postérieur du palais dur. Longueur du septum : 45 millimètres.

Sur les cas que j'ai observés dans les années précédentes, je ne peux donner des informations si exactes, ni confirmer les mêmes constatations. Mais je crois qu'il y avait les mêmes relations anatomiques que dans les cas ci-dessus.

Jusqu'à présent, à ce que je sache, il n'a pas été signalé de semblables observations dans la fissure sous-muqueuse du palais dur. *J'ai trouvé dans tous les cas les mêmes relations anatomiques : un raccourcissement du septum osseux se manifestant seulement dans sa partie postéro-inférieure par suite d'une anomalie anatomique du vomer, anormalement développé et ne s'étendant pas, dans l'étendue de la fissure sous-muqueuse, sur le palais dur.*

Pour expliquer ces résultats, il est nécessaire de nous reporter à quelques détails anatomiques et embryologiques.

En étudiant les difformités et les anomalies de la cloison nasale et du palais dur, il faut toujours faire attention aux deux parties, car les relations anatomiques existant entre elles sont très étroites. Bien que L. FICK (1837) ait écrit que la cloison est « coincée entre les lamelles du palais dur dans la suture médiane » et LANDSBERGER dans un travail plus récent, que « le septum s'étend dans la profondeur des parties supérieures de la suture palatine », on ne peut pas accepter ces affirmations.

En examinant des préparations fraîches, on peut voir que chez les nouveau-nés et chez les enfants, le vomer repose sur la suture palatine par une base large. On peut aussi le voir sur les figures représentant des coupes du nez des fœtus dans le travail de KILLIAN. Ce n'est que plus tard, quand les fosses nasales, par la résorption de leurs bases se sont un peu abaissées, que les rapports ci-dessus se modifient. Le vomer reste à la même place sur les bords de la suture palatine, tandis que les bords de la suture s'élèvent, en apparence en formant une crête, sur laquelle se pose le vomer (*crista nasalis*). J'ai aussi fait les mêmes constatations sur des palais préparés à l'Institut de l'anatomie pathologique du professeur HLAVA.

*L'effet de la cloison nasale* est d'après Franke de fixer dans la direction horizontale les lamelles palatines. C'est pourquoi on trouve, dans l'uranopalatoschisis, les processus palatins situés presque verticalement. D'après Franke on peut observer aussi cet état du vomer pendant son développement, car K. PETER a trouvé déjà chez un embryon d'une longueur de 3 centimètres le vomer posé sur les processus palatins secondaires ; et cela déjà avant leur réunion complète. Avant leur réunion ils avaient, par suite de l'interposition de la langue, une position presque verticale. Mais il semble, que cette influence du septum sur la formation de la convexité du palais dur est de second ordre et que seule la réunion des lamelles palatines suffit. Donc, comme nous pouvons le voir en examinant des cas pathologiques, il suffit pour retenir les processus palatins dans la position horizontale de leur réunion membraneuse. C'est ce que démontrent les 3 cas de perte de substance totale du palais osseux sans division de la muqueuse, décrits par LANGENBECK ; de même un cas de JURASZ, où il s'agissait d'une absence congénitale du septum. C'est ce que démontrent aussi nos cas de fissure sous-muqueuse de la partie postérieure du palais dur, où la partie postérieure du palais osseux était toujours normalement voûtée, quoiqu'il y manquât une portion considérable de la partie postéro-inférieure



du vomer, si bien que cette partie du palais n'avait pas l'appui du septum.

Quant aux *relations topographiques* entre le vomer et le palais dur, on peut dire ce qui suit. Le vomer se trouve sur le palais dur toujours précisément dans la ligne médiane sur la suture palatine. Principalement le bord postérieur du septum est placé en position médiane (Jurasz) et il va jusqu'au bord postérieur du palais dur, ce qui est en rapport avec l'évolution du vomer. On peut observer les premiers fondements du vomer, d'après RAMBAUD et K. PETER, dans la sixième semaine environ de l'évolution embryonnaire, à droite et à gauche du bord inférieur du septum cartilagineux sous forme d'une petite lamelle de  $3 \times 1$  millimètres. Secondairement ces deux lamelles se réunissent ventralement au cartilage du septum, si bien que le vomer forme une cannelure ouverte en haut. Les bords du vomer croissent ensuite des deux côtés du septum cartilagineux en haut et ils s'apposent, en croissant plus bas en avant et plus haut en arrière, au corps de l'os sphénoïdal (alae vomeris). De la base de la cannelure du vomer part ensuite une crête médiane vers le palais. De ce développement assez compliqué je retiens seulement quelques faits importants. Après la réunion des lames palatines au niveau de la suture médiane, il naît une crête du bord inférieur du vomer ; le vomer se place par cette crête sur la suture palatine médiane. De cette crête se développe ensuite le corps du vomer. Le bord inférieur du vomer s'élargit en formant une lamelle horizontale qui se pose, comme je l'ai déjà dit, sur la suture inter-maxillaire sans pénétrer dedans.

Le développement du bord postérieur du vomer progresse synchroniquement avec la prolongation du bord postérieur du palais osseux, de telle manière que leurs bords postérieurs se touchent et restent toujours en mêmes relations. Seulement l'épine nasale postérieure s'avance un peu dorsalement.

Nous ne trouvons de telles relations évolutives entre le vomer et la partie postérieure du palais dur que chez l'homme. Chez la plupart des *ruminants* le vomer finit déjà presque dans la moitié du palais dur. Chez d'autres *mammifères* (chien, cheval, chien marin, singe), le vomer prend fin de même ou dans la moitié du palais ou dans sa suture transversale.

Maintenant la question se pose de savoir comment on peut expliquer les constatations décrites sur le vomer dans les cas de fissure sous-muqueuse du palais ?

Il est évident, que le raccourcissement de la cloison n'est pas

le résultat d'un atavisme ou d'une dégénération ; c'est seulement une hypoplasie, qui s'explique par l'embryologie. C'est alors un *état du développement incomplet de la partie postérieure du vomer et du palais osseux, correspondant à un état antérieur de leur évolution, dans lequel les processus palatins, se rapprochant des côtés et le vomer croissant du haut en bas, ne se réunissent pas.*

Il est plus difficile de dire, si l'hypoplasie du septum et en particulier du vomer, pourrait être la cause de la fissure sous-muqueuse du palais. Dans la littérature on a décrit quelques cas d'aplasie du septum ou d'hypoplasie du vomer. (JURASZ, FRANKE, VOLTOLINI, HOPMAN). Mais ils ne rapportent rien sur la configuration ni sur les changements du palais. FRANKE seul décrit dans son excellente monographie (*Sur les difformités du palais et du septum*) parmi tout son nombreux matériel, un seul cas, où il s'agissait d'une fissure sous-muqueuse du palais dur. Dans ce cas, un enfant d'un an, le vomer n'était pas uni dans une grande étendue avec le palais dur ; la base du vomer faisait à droite une crête aiguë ; la lamelle gauche de sa base était molle et poreuse, tandis que toutes les autres parties des os étaient normales. Il s'agissait donc d'un changement pathologique du vomer. Mais de ce seul cas on ne peut faire des déductions. J'ai examiné un grand nombre de crânes et de préparations, mais je n'ai jamais trouvé un cas répondant à la fissure sous-muqueuse. Mais cela n'a rien d'étonnant, vu que *de tels cas sont extrêmement rares.* A. BROWN-KELLY a trouvé sur 3.500 crânes examinés seulement 3 cas avec une fissure sous-muqueuse. Mais il est remarquable que, même dans des cas avec une telle hypoplasie du vomer (comme par exemple dans le cas n° 1), il n'existait pas un raccourcissement important du palais dur dans la direction sagittale, tandis que, au contraire, la partie postéro-inférieure du vomer était toujours hypoplasique. Pour cette raison, j'estime que *l'hypoplasie de la partie postéro-inférieure du vomer a une influence considérable sur l'évolution de la fissure sous-muqueuse du palais dur et cela parce qu'il manque une irritation quelconque du vomer ayant une influence sur l'accroissement de la partie postérieure des lames palatines.*

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT. — Le diagnostic est relativement facile. Ce qui fait qu'on les observe si rarement, est que leur existence et leur symptomatologie clinique ne sont pas assez connues par les spécialistes. C'est pourquoi je conseille d'examiner avec le doigt le palais dur, dans tous les cas, où il s'agit d'une rhinolalie ouverte, alors que le fonctionnement du voile palatin

est normal. Dès lors il ne sera pas possible de laisser échapper de tels cas; ce qui arrive avec l'examen visuel seul, principalement si la luette n'est pas divisée.

Le traitement est symptomatique et est indiqué seulement dans les cas, chez lesquels il y a des troubles de prononciation. En principe il ne diffère pas du traitement phoniatrique après uranoplastie. J'ai déjà démontré dans un autre travail les principes de ce traitement. Le but du traitement est de faire des exercices phonétiques et de pratiquer le massage du voile, à fin de renforcer les muscles du palais mou et de faire hypertrophier la crête de Passavant. Par cette hypertrophie on peut bien compenser l'insuffisance et l'occlusion vélo-pharyngée. C'est pourquoi, je mets en garde contre l'extirpation en cas de fissure sous-muqueuse, des végétations adénoïdes. Car elles forment, dans tous les cas d'insuffisance du voile, un vicariant naturel, lequel aide à la réalisation de l'occlusion vélo-pharyngée.

L'extirpation de ces végétations adénoïdes a, dans ces cas, toujours une influence fâcheuse sur la parole, comme le démontrent suffisamment les observations de quelques-uns de nos patients. BUMBA dans son travail approuve mon opinion, opinion que j'ai émise il y a quelques années. Il en démontre l'exactitude par les recherches radioscopiques de son cas, faites pendant la phonation.

### BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. *Die Missbildungen des Menschen*, 1880. — P. BERGENGRÜN : Epithelperlen und Epithelstränge in dem Raphe des harten Gaumens. *Arch. f. Entwicklungsmechanik* (W. Roux) XXVIII. Bd., 2. u. 3. H. 1909. — A. BROWN-KELLY : Congenital insufficiency of the palate (*Journ. of. Lar., Rhin. and Otol.*, 1910). — BUMBA : Submuköse Gaumenspalte (*Monatsschr. f. Ohrenh. u. Lar. Rhin.*, 1922, H. 4). — J. FEIN : Über die Ursachen des Wolfsrachen u. der hinteren Gaumenspalte, *Wiener kl. W.* 1899, n° 4. — FRANKE : Über Wachstum u. Verbildung des Kiefers u. der Nasenseidewand, Curt Kabisch, Leipzig 1921. — GRÜNBERG : *Schwalbes Handb. der Missbildungen* III. Kap., IV. 9. Lief. — H. GUTMANN : Über die angeborene Insuffizienz des Gaumensegels. *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk.*, 1899. — LANGENBECK : *Arch. f. klin. Chirurgie*, Bd. II. u. 5. — LERMOYER : L'insuffisance vélopalatine, *Annales des maladies de l'oreille et du lar.*, 1892. — PANUM : Untersuchungen üb. d. Entstehung der Missbildungen 1869. — SCHORR : Über Wolfsrachen vom Standpunkte der Embryologie u. pathol. Anatomie, *Virchows Arch.*, 197, 16. — SEEMANN : Principy foniatr. léchy po uranoplastice. *Cas. lék. ces.* 1922, 35. — H. STERN : Über Sigmatismus nasalis, *Fränkel's Archiv.*, 1920. — WARNEKROS : Gaumenspalten. *Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 21, H. 1.

# NÉVRITES OPTIQUES ET SINUS POSTÉRIEURS

Par **L. BALDENWECK**

---

Je suppose connues les données générales du problème : rapports du nerf optique avec le sinus sphénoïdal et dans un tiers des cas avec la dernière cellule ethmoïdale ; guérison de quelques névrites rétro-bulbaires par l'ouverture des sinus postérieurs, même si ceux-ci sont macroscopiquement sains. Dans ces conditions, l'opération doit-elle être faite systématiquement et comment ?

Les observations qui sont à la base de ce travail sont au nombre de 7. Elles ont trait à 4 femmes et 3 hommes (1).

Nous les classons en trois groupes par ordre décroissant d'atteinte sinusienne.

\*  
\* \*

## PREMIER GROUPE

### Sinusite actuelle ou récente.

Il comprend 3 observations de sinusite suppurée nette, mais cependant tout à fait dissemblables. Ce sont en effet :

Obs. I. — Pansinusite suppurée chronique. Opération. Guérison oculaire.

Obs. II. — Ethmosphénoïdite aiguë. Pas d'opération. Amélioration fonctionnelle.

Obs. III. — Plurisinusite guérie. Opération. Guérison oculaire.

1. Nous ne faisons pas état ici de 3 névrites rétrobulbaires dont 2 n'ont pas été suivies suffisamment mais paraissent avoir rétrocedé spontanément, et dont la 3<sup>e</sup> a été opérée ailleurs et aurait guéri d'après les renseignements indirects que nous en avons.



## OBSERVATION I

(Communiquée à la Soc. Paris. d'Ophtalmologie, le 26 mai 1923). *Pan-sinusite suppurée bilatérale chronique. Troubles oculaires gauches remontant à deux ans. Opération sur les sinus par voie externe. Guérison presque immédiate des troubles oculaires.*

Cette observation a paru, avec les réflexions qu'elle suggère, dans la *Revue Oto-Neuro-Oculistique* (n° 7 juillet 1923, p. 497). Nous prions donc le lecteur de s'y reporter.

## OBSERVATION II

M. X..., 33 ans, m'est envoyé par le Dr Baillart en 1912 avec le mot suivant : « A remarqué depuis quelques semaines l'apparition d'une tache au centre du champ visuel droit. Ce scotome l'empêche d'utiliser l'œil droit pour les examens microscopiques qu'il est obligé de faire. A l'examen ophtalmoscopique, on remarque dans la région maculaire l'existence d'une petite hémorragie dont on ne trouve pas l'origine. Wassermann négatif. On fait cependant le traitement spécifique (Cy. Hg.) qui ne paraît pas amener de grands changements d'autant qu'il est très mal toléré. »

(Quelques injections sous-conjonctivales de Na. Cl. faites dans le courant de l'observation amèneront une légère amélioration.)

Au moment où je l'examine, X... me dit avoir eu un rhume de cerveau extrêmement violent, moucher encore pas mal et ressentir de vagues douleurs frontales du côté droit. A l'examen, je ne trouve rien de net : mais trois jours plus tard, je constate, d'abord avec l'aide du naso-pharyngoscope, puis directement, une trainée muco-purulente dans la fente ethmoïdale et une autre dans le méat moyen, c'est-à-dire en somme de chaque côté du cornet moyen. Enfin une petite plaque muco-purulente se voit sur la queue du cornet moyen. Ces constatations, quoique discrètes, étaient on ne peut plus nettes.

Je n'ai plus revu ce malade. Mais je sais qu'à quelques jours de là, il alla consulter un autre spécialiste, d'ailleurs fort distingué ; celui-ci, qui d'ailleurs se contenta de l'examen courant au spéculum, ne constata, paraît-il, plus rien d'anormal.

Ayant demandé des nouvelles de ce malade pour la rédaction de cet article, le Dr Baillart m'écrit que peu à peu le scotome diminuait. A sa place il se trouve une zone pigmentée qui donne l'impression d'une choréïdite maculaire.

Cette observation suscite les réflexions suivantes :

1° Elle est un exemple de complication oculaire apparaissant au cours d'une ethmo-sphénoïdite légère. Donc — et l'examen par le deuxième spécialiste le prouve bien — la sinusite peut avoir disparu sans laisser de trace au point d'être niée. La relation de cause à effet entre l'inflammation sinusienne et la complication oculaire est

susceptible d'échapper complètement. Il en sera à *fortiori* ainsi dans les cas où le « rhume » aura été assez léger pour ne pas frapper le malade et dans ceux où les rhumes récidivants sont considérés par lui comme une petite misère courante à laquelle il ne prête pas une attention particulière. Il n'en parlera même pas le jour où il ira consulter pour des troubles visuels. L'état sinusien risque donc de rester insoupçonné.

2° Voyant aujourd'hui un tel malade dans les mêmes conditions, devrait-on opérer ? Je n'hésite pas à répondre que oui. D'abord nous n'avons eu ici qu'une amélioration fonctionnelle, d'ailleurs assez lente ; il n'est pas interdit de penser qu'une opération faite à temps, aurait permis la régression totale des lésions sans qu'elles laissent de séquelles.

Les observations I et II laissent présumer des rapports étroits entre le système optique et le système sinusal postérieur : paroi osseuse très mince, ou déhiscence d'un prolongement alaire du sinus sphénoïdal, de la cellule ethmoïdale postérieure ; trajet intrasinuso-sphénoïdal du nerf ; peut-être même simplement connexions vasculaires très étroites. Toutes les hypothèses sont possibles ; mais elles sont toutes en faveur de l'intimité des rapports anatomiques. Il n'en va pas peut-être de même de l'observation suivante où de toute façon, le mécanisme de la complication paraît différent.

### OBSERVATION III

*Pansinusite suppurée aiguë guérie. Œdème de la papille avec congestion péripapillaire. Opération de Ségura-Hirsh. Pas de lésion perceptible du sinus sphénoïdal. Guérison (1).*

M. D..., 30 ans environ, est envoyé le 10 septembre 1923 par le Dr Marteret avec le diagnostic de névrite optique inflammatoire, rattachée par exclusion à une origine sinusienne probable.

Il y a cinq mois, il a été soigné par un laryngologiste à Grenoble pour une sinusite aiguë fronto-ethmoïdale gauche, caractérisée par un écoulement purulent nasal abondant et de vives douleurs frontales. Cette sinusite aiguë, traitée par les moyens habituels (pulvérisations, inhalations, pommades), a duré deux à trois semaines, puis a guéri.

A la fin de la première semaine d'août, en prenant un bain froid, le malade fait un plongeon vertical par les pieds, d'une assez grande hauteur. Il pense que sa tête a heurté d'une façon anormale la surface de l'eau ; car immédiatement il ressent des maux de tête, surtout au niveau du front. Ceux-ci durèrent deux à trois jours. Ils avaient,

1. Observation publiée avec les D<sup>rs</sup> Cantonnet et Marteret in *Revue d'Oto-neuro-oculistique*, 1924, t. 11, f. 2, p. .

dit-il, un caractère névralgique au-dessus du sourcil et dans la moitié gauche du front.

Entre le 10 et le 15 août, cherchant à mettre au point une jumelle prismatique, il s'aperçoit d'une légère baisse de la vision à gauche. Ces troubles persistant, et s'accompagnant alors d'une petite gêne à la lecture, il va consulter le Dr Marteret qui constate :

*Le 28 août. OEil droit : normal.*

*OEil gauche :* Les limites de la papille ne sont plus distinguées ; celle-ci semble étalée, rouge, sans contours. Les artères sont filiformes, les veines tortueuses, atteignant 4 ou 5 fois leur volume normal. Quelques suffusions sanguines sous la papille. A l'image renversée, les veines apparaissent dans la partie supérieure de l'image ophtalmoscopique, comme voilées.

Au point de vue subjectif, le malade ne perçoit aucun obscurcissement. Pas de rétrécissement du champ visuel, mais élargissement de la tache de Mariotte.

*7 septembre,* les Drs Cantonnet et Marteret constatent une papillite aiguë, unilatérale, avec œdème de la papille, gêne mécanique de la circulation en retour et quelques suffusions sanguines périrapillaires. Acuité visuelle : 9/10<sup>e</sup>.

*Le 10 septembre,* le Dr Baldenweck constate comme le Dr Marteret qui avait déjà examiné ce malade au point de vue nasal :

Rien d'anormal ni dans les fosses nasales, ni dans le rhino-pharynx. Pas de sécrétions visibles en aucun point, malgré un examen minutieux, même après coca-adréralisation (notamment du méat moyen et de la fente olfactive). Il y a une légère déviation haute de la cloison, mais elle n'est pas obstruante, les fosses nasales étant anatomiquement de grandes dimensions chez ce sujet.

A la diaphanoscopie, le sinus frontal et maxillaire gauches sont opaques. La ponction, faite quelques jours après, ne ramène rien.

On ne retrouve plus ce jour l'hyperesthésie de la région frontale gauche que le Dr Marteret avait constaté à plusieurs reprises. Mais comme à lui, le sujet accuse de vagues douleurs spontanées imprécises de la tête.

La radiographie (Dr David de Prades), faites dans les positions classiques et les positions de Hirtz) montrera une légère opacité des mêmes sinus ; mais rien au niveau de l'ethmoïde ni du sphénoïde. Elle montre aussi des sinus frontaux grands et des sinus sphénoïdaux petits.

Absolument rien dans les antécédents. Il présente cependant une boiterie de la jambe droite, liée à une ancienne arthrite du genou guérie (tumeur blanche?). Rien dans les urines. Tension artérielle normale. *Wassermann négatif.*

Le malade est envoyé au Dr Babinski qui trouve le *système nerveux absolument normal* et appuie l'idée d'une intervention.

Dans ces conditions, on décide d'opérer d'abord le sinus sphénoïdal par le procédé de Ségura-Hirsch ; puis, s'il n'y a pas d'amélioration, de faire dans un 2<sup>e</sup> temps le curetage ethmoïdal (ceci dans l'hypothèse où les troubles oculaires seraient plus particulièrement en rapport avec l'ethmoïde). Ainsi qu'on le verra, cette éventualité ne fut heureusement pas à envisager.

19 septembre. — Opération retardée jusqu'à ce jour, par suite de diverses circonstances. Opération transseptale classique. Elle marche régulièrement, rendue simplement un peu plus ardue à cause de la grande dimension de fosses nasales, les instruments d'attaque du sphénoïde ayant tout juste la longueur nécessaire. Les sinus sphénoïdaux sont cependant bien mis en vue ; petits et symétriques, ils sont agrandis par leur face antéro-inférieure. Ils ne présentent objectivement rien d'anormal. La paroi osseuse était peut-être un peu plus saignante que dans les autres cas opérés par nous ; la muqueuse aussi a paru rosée au lieu d'être blanche. Mais ce sont là nuances sur lesquelles on ne pourrait se baser qu'après un nombre d'opérations analogues beaucoup plus considérable que celui que nous avons pratiquées.

Voici maintenant l'évolution des lésions oculaires :

25 septembre. — Acuité visuelle, 9/10, comme avant l'intervention.

La papille reste toujours d'un flou extrême ; les veines aussi tortueuses, sont moins larges. Les suffusions sanguines ont presque disparu.

Au total, il semble qu'au point de vue image ophtalmoscopique, l'aspect général est moins rouge (Dr Marteret).

8 octobre. — Fond d'œil moins rouge. Veines moins gonflées, moins tortueuses. La papille qui était complètement indistinct se dessine nettement (Dr Marteret).

10 octobre. — Très grosse diminution de la stase qui a complètement disparu. Acuité visuelle : 9/10 (Dr Canlonnet).

Le malade, retourné sur ces entrefaites à Grenoble, m'écrivait enfin à la date du 11 novembre, que son oculiste (le Dr Deschamps), avait trouvé à son dernier examen les contours de la papille presque distincts.

Voici au surplus, la note que le Dr Deschamps nous a très aimablement envoyée sur notre demande pour la rédaction de cette communication :

« L'acuité visuelle du malade est redevenue tout à fait normale. Pendant quelques jours, le malade a eu un peu de micropsie, mais le phénomène est allé en s'atténuant progressivement. L'examen du fond de l'œil a permis de suivre l'évolution vers la guérison :

La papille ne présente plus aucun œdème à ce jour 12 décembre, il persiste seulement un très léger flou des bords de la papille. Mais si l'on n'avait pas suivi le malade, il serait difficile, à première vue, de déterminer le genre d'affection dont il a souffert et quel a été l'œil atteint. (1)

En résumé : sinusite fronto-maxillaire guérie (l'opacité à

1. Pendant la rédaction de cet article, le malade est venu me rendre visite (5 janvier 1924) et me remet la note suivante du Dr Marteret qui l'avait vu tout le premier au début des accidents : « La papille est rose, les contours sont très légèrement flous, manquent un peu de netteté par comparaison avec la papille droite. Mais plus trace de stase. Les veines ont toutes repris leur calibre normal. Les petites suffusions sanguines qui existaient sous la papille ont complètement disparu. Champ visuel normal pour le blanc et pour le vert. Disparition des phénomènes subjectifs (scintillements). Acuité = 1. »

Au point de vue nasal, état local parfait. Il serait impossible, si on n'était prévenu, qu'on a pratiqué une opération endo-nasale importante.



l'éclairage et le voile à la radiographie, constatés quelques mois après, comme cela arrive fréquemment, signifient que la muqueuse est restée épaissie); cinq mois après, plongeon violent dans l'eau; à la suite constatations de troubles oculaires. Guérison après l'intervention.

Comment expliquer les phénomènes ?

On peut admettre comme acquise la relation entre l'incident de natation et les lésions oculaires. Elles coïncidèrent avec l'apparition de phénomènes douloureux. C'est incidemment, il est vrai, que le trouble visuel subjectif a été constaté. Mais la circonstance qui l'a révélé (mise au point d'une jumelle) s'était présentée antérieurement sans que le sujet eut remarqué quelque chose d'anormal. Les troubles de la lecture, eux aussi n'ont été perçus qu'à ce moment.

Deux hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer la production des accidents : a) la réinfection sinusienne; b) l'hyperpression intranasale agissant d'une manière purement mécanique.

A) La réinfection sinusienne vient tout d'abord à l'idée. Les infections auriculaires et sinusiennes à la suite des exercices de natation sont étudiés actuellement un peu de tous les côtés. En Amérique, où cependant les piscines subissent une réglementation assez sévère et sont soumises au contrôle effectif de Commissions d'hygiène, Fenton a récemment insisté sur la fréquence de ces affections, malgré le renouvellement et la stérilisation de l'eau. Quant aux bains de rivière, on connaît la fréquence de la pollution des eaux, au voisinage des agglomérations.

Ce sont surtout les plongeurs et la natation sous l'eau qui provoquent des accidents. Ceux-ci peuvent être dus à une inoculation directe des cavités par l'eau contaminée (même dans les piscines où la stérilisation, si parfaite soit-elle, cesse dès l'entrée du premier baigneur). Mais Fenton incrimine principalement l'action nocive de l'eau sur la muqueuse nasale et le refroidissement fréquent du corps au sortir de l'eau, surtout en l'absence de soleil (cas habituel des piscines). D'où amoindrissement de la résistance locale et infection par les germes existant préalablement dans le nez.

Dans le cas particulier de notre sujet, ces derniers facteurs ont pu être d'autant plus efficaces qu'il avait eu une sinusite quelques mois auparavant; et les douleurs vives ressenties dès le plongeon malencontreux donnent à penser qu'il y a eu péné-

tration de l'eau, loin dans la cavité nasale et peut-être même dans les sinus. D'où, infection de ces derniers ; et détermination oculaire secondaire, par un processus classique.

Mais pourquoi cet homme n'a-t-il pas fait de complication oculaire lors de sa première atteinte sinusienne qui avait été beaucoup plus intense et cliniquement caractéristique, tandis qu'après l'accident les symptômes naso-sinusiens ont été objectivement nuls ?

On peut admettre que la sinusite aiguë antérieure avait été strictement limitée aux cavités fronto-maxillaires et ethmoïdales antérieures, n'ayant donc à ce moment pas de raison de retentir sur le nerf optique. Au contraire, la plongée maladroite a été le point de départ d'une réinfection de tous les sinus, y compris les postérieurs ou du sinus sphénoïdal seul. Mais de toute façon, il ne saurait s'agir que d'une infection atténuée dont on n'a retrouvé aucun symptôme à l'examen physique peu de jours après, ni aucune trace à l'ouverture des sphénoïdes (à part peut-être une congestion légère, et d'ailleurs bilatérale, sur laquelle on ne peut se baser).

S'il en était vraiment ainsi, ce cas apporterait une confirmation éclatante de la réalité des « sinusites latentes », telles qu'on les décrit depuis Slüder.

B) Dans notre cas, la complication oculaire est cependant susceptible d'autres interprétations auxquelles, à vrai dire, nous n'avons songé que depuis et qui font intervenir d'une manière ou d'une autre, l'hyperpression intranasale.

La première nous a été suggérée par le souvenir d'un article de Quirin sur les « incidents et accidents de la ponction du sinus maxillaire » (1).

Voici ce dont il s'agit. Au cours des ponctions et lavages du sinus maxillaire, il se produit parfois des accidents dont la pathogénie est variable suivant les cas, mais qui relèvent en majeure partie de l'embolie aérienne. Ils surviennent surtout quand, pour une raison ou pour une autre, on a envoyé de l'air à travers le trocart à ponction. Parmi ces accidents de nature et de gravité diverses, il est dans la littérature 5 ou 6 cas d'amblyopie. Dans l'un d'eux Hirsch (2) pratiqua immédiatement l'ophtalmoscopie et constata que « les artères du fond de l'œil conte-

1. *Arch. Int. de Laryngologie*, 29<sup>e</sup> année. Nouv. série, t. II, janv. 1923, p. 40.

2. Cité d'après Schlittler, *Zeitschr. f. Ohr*, 1922, t. I, p. 280.

naient de l'air ; peu à peu elles se remplirent de sang et le malade guérit ».

Ne peut-on dès lors penser qu'un processus analogue se soit passé chez notre sujet ? L'eau projetée violemment dans le nez et agissant en sorte de « coup de bédier » aurait refoulé l'air préalablement contenu dans les fosses nasales (la cavité nasopharyngée se trouvant sans doute obturée par la bascule du voile du palais par suite d'une déglutition concomitante à vide ou liée à l'entrée d'eau dans la bouche).

Nous avons donc pensé tout d'abord que l'air intra-nasal soumis à une hyperpression brusque, aurait pu traumatiser la muqueuse en un point et pénétrer dans le système veineux si riche de la paroi nasale externe et de là par les nombreuses et classiques anastomoses, finir par arriver au système de la veine ophtalmique. Cela d'autant plus que la muqueuse des sinus antérieurement atteinte, présente souvent des modifications persistant longtemps après la guérison, ainsi que le prouve en particulier la diaphanoscopie chez notre sujet, modifications consistant notamment dans l'épaississement de la muqueuse et la présence d'un réseau veineux développé et fragile.

Soit dit en passant, rien ne prouve qu'une telle effraction si elle a eu lieu, se soit produite plutôt au niveau du sinus sphénoïdal qu'ailleurs. Mais là n'est pas l'objection.

L'objection à cette hypothèse — qui n'est pas en principe illogique, d'après ce que nous avons vu à propos de l'injection d'air dans le sinus maxillaire et qui a l'avantage d'expliquer l'homolatéralité des lésions oculaires et sinusiennes — réside avant tout dans la permanence de la stase papillaire. Celle-ci s'explique mal, semble-t-il, en cas d'embolie aérienne. Elle réside aussi dans l'absence de troubles visuels immédiatement après que le sujet eut plongé, au contraire des céphalées qui apparurent de suite.

Nous avons donc estimé que le mécanisme pouvait être différent, tout en ayant à sa base l'hyperpression intranasale. Chassé par l'eau pénétrant dans le nez, l'air poussé comme par un piston, chercha une voie de dégagement. Accompagné, sans doute, de quelques particules d'eau, il pénétra dans le sinus sphénoïdal gauche et y resta emprisonné pour la raison plausible suivante. L'ostium du sinus n'est pas toujours un orifice ouvert. Il peut être oblitéré par l'accrolement des portions de muqueuse qui bordent son pourtour. Il n'est donc pas impos-

sible que, dans le cas particulier, cet accolement ait été plus marqué, à titre de reliquat de l'inflammation naso-sinusienne antérieure ; qu'il ait existé un véritable clapet ; et qu'enfin l'air et l'eau, une fois introduits dans la cavité sinusienne, n'aient pu ressortir. D'où hyperpression dans la cavité sinusale, d'autant plus marquée que les sinus sphénoïdaux étaient petits chez notre malade.

Et qu'il y ait eu ou non infection atténuée, il s'est ainsi produit un trouble de la circulation veineuse ayant retenti, par la voie des anastomoses, sur la circulation papillaire. Ce trouble vasculaire s'est maintenu, même après la résorption de l'air, par suite de la production d'un *vacuum sinus*, résultant des conditions anatomiques sus-décrites, exagérées par l'accident et analogues à ceux décrits par Slüder, plus particulièrement au niveau du sinus frontal. Ce *vacuum sinus* a cessé après l'opération qui a créé des conditions stato-dynamiques locales nouvelles.

La petitesse des sinus rend en effet peu probable, dans le cas particulier, le trajet intra-sinusien du nerf optique ou la déhiscence de la paroi sinusienne qui, sans cela, expliqueraient plus simplement le mécanisme des lésions.

La dernière hypothèse émise est, certes passible d'objections, dont celle d'être une hypothèse n'est pas la moindre. Elle a du moins l'avantage de concevoir la raison de la forme des lésions oculaires : gêne de la circulation de retour et papille de stase. Sans doute ces lésions ont été décrites par M. de Lapersonne au cours des ethmo-sphénoïdites, mais surtout des ethmo-sphénoïdites suppurées. D'après tout ce qui a été publié jusqu'ici elles ne se rencontrent guère au cours des sinusites dites « latentes » qui donnent généralement lieu au type de névrite rétrobulaire, de ces sinusités « sans sinusite » dont on a certes abusé pour donner l'explication de troubles qui relèvent, peut-être assez souvent, comme l'a soutenu M. Morax, de processus variés, n'ayant généralement rien à faire avec les sinus.

Notre cas, par les circonstances si particulières qui l'ont produit, semble bien avoir, lui, une origine naso-sinusienne. Le mécanisme intime de la complication oculaire prête cependant à discussion. Ce qui montre bien que, même dans des cas en apparence simples, l'obscurité règne encore ; elle y règne aussi sur la manière dont peut agir l'acte opératoire qui, pourtant dans le cas présent, s'est montré efficace d'une manière irrécusable.



\*  
\* \*II<sup>e</sup> GROUPE**Pas de signes de sinusite, mais petites constatations anormales du côté des fosses nasales.**

Dans les deux observations suivantes, cliniquement il n'y avait pas de lésions sinusiennes ; mais l'examen endo-nasal a montré dans l'une (Obs. IV) une dégénérescence polypoïde légère de la tête du cornet moyen droit (lésions oculaires bilatérales), dans l'autre (Obs. V) une petite traînée muco-purulente sur la queue du cornet moyen gauche (lésions oculaires bilatérales également). On peut toutefois y affirmer l'intégrité des cellules ethmoïdales et sphénoïdales gauches, ces cavités ayant été ouvertes opératoirement. L'observation IV est moins probante, car seule l'ablation du cornet moyen a été faite. Toutefois elle n'a été suivie d'aucun écoulement provenant des cellules ethmoïdales et l'examen du cornet enlevé n'a rien montré d'anormal.

## OBSERVATION IV

*Spasme artériel de la rétine bilatéral. Résection unilatérale du cornet moyen droit. Amélioration fonctionnelle sans rapport avec l'intervention.*

M<sup>lle</sup> O..., 22 ans, m'est adressée le 6 mars 1919 par le Dr Bailliart avec les renseignements suivants :

Au début de juillet 1918, sans cause connue, elle remarque une « tache » devant l'œil droit. La vision baisse rapidement ; la lecture devient vite impossible de cet œil. En décembre, les mêmes phénomènes apparaissent sur l'œil gauche, mais évoluent plus rapidement. A la fin de l'année, elle ne peut plus lire et arrive très difficilement à se conduire.

On constate à ce moment une décoloration très nette de la papille de l'œil droit ; à gauche, elle ne porte que sur la partie temporale.

Les vaisseaux sont étroits. La pression locale est de 20-35, peu en rapport avec la pression générale 15-19 (Pachon).

Wassermann sang et liquide céphalo-rachidien négatifs. Urée sanguine : 0,42.

*Examen général.* — Négatif.

*Traitement général.* — Cyanure de Hg., arséno-benzol On ajoute, étant donné l'aspect de spasme rétinien, des vaso-dilatateurs et des compresses chaudes.

A l'examen, je ne constate rien autre que de gros cornets moyens, avec dégénérescence polypoïde légère du cornet moyen droit. Diapha-

noscopie normale. Je ne retrouve aucun antécédent nasal ni sinusien. Toutefois, la malade déclare être sujette au rhume des foins.

Une première radiographie (Maingot) montre de l'obscurité des régions sphénoïdale et fronto-ethmoïdale droites. A tout hasard, je pratique une ponction du sous-maxillaire droit ; cette exploration est négative.

Le 7 avril, ablation du cornet moyen droit ; l'os est particulièrement dur. A la suite, il ne se produit aucun écoulement. La malade n'est pas améliorée au point de vue oculaire.

Le 9 mai, devant la persistance des symptômes, et la paroi externe me paraissant quelque peu anormale, je cherche à faire une biopsie ; mais là aussi, je tombe sur des parties tellement dures que je n'arrive pas à prélever un fragment suffisant. Je pensai, naturellement alors, à la possibilité d'un ostéome.

Sur ces entrefaites, la malade, toujours soumise au traitement spécifique, fut de nouveau examinée au point de vue général et notamment au point de vue nerveux (Dr E. Brissaud), sans qu'on puisse rien déceler. Par contre une nouvelle radiographie, faite cette fois de profil, montre un agrandissement de la selle turcique (Infroy). Dans ces conditions, il n'y avait plus qu'à rester dans l'expectative.

Or, au mois d'août de la même année, une légère amélioration commence à se faire sentir. La malade commence à voir les objets aux vitrines des magasins. Le 4 octobre, elle vient me revoir, déclarant qu'elle voit toujours un peu.

Le nez est normal. On voit admirablement du côté opéré l'orifice du sinus sphénoïdal.

L'amélioration visuelle dès lors progresse lentement. Elle se marie en mars 1920. A ce moment elle commence à lire les sous-titres d'un journal. Elle devient enceinte, au début de septembre. L'amélioration s'accroît rapidement ; la malade peut lire les caractères ordinaires.

Elle a été revue par le Dr Bailliart en décembre 1923 :

O. D. : Décoloration papillaire nette. Vaisseaux de calibre normal. T. ar. : 25-50 V. = 1/10 faible. Pas de scotome central.

O. G. : Décoloration moins accentuée qu'à droite. Vaisseaux normaux. T. ar., comme à droite. Lit lentement le journal. V = 8/10.

Je viens de revoir cette malade (19 janvier 1924). Son état général est parfait. Elle me dit qu'avec lenteur et une extrême fatigue, il est vrai, elle peut lire les caractères fins du journal. La fosse nasale opérée est nette, sans croûtes, sans atrophie. La muqueuse est parfaitement saine. L'orifice du sinus sphénoïdal est nettement visible ; rien d'anormal de ce côté.

Mon intention primitive n'était pas de me contenter de la résection du cornet moyen. Je pensais à quelque suppuration fruste, peut-être même à quelque affection tumorale de l'ethmoïde postérieur ou du sphénoïde ; et cela d'autant plus que Bailliart et moi, n'avions pas perdu le souvenir du malade de l'observation II, et que la première radio montrait de l'obscurité de la région

ethmo-sphénoïdale droite. Mais la deuxième radiographie, pratiquée sur ces entrefaites, indiquant une largeur anormale de la selle turcique, nous orienta dans un autre ordre d'idées. A tort d'ailleurs, ainsi que le montra l'évolution ultérieure. De sorte que l'évidement ethmo-sphénoïdal que l'on se proposait de faire dans un 2<sup>e</sup> temps, ne fut pas pratiqué.

Quoiqu'on ne puisse rien préjuger de ce qui se serait passé du côté de l'œil, si on avait opéré l'ethmo-sphénoïde, on peut toutefois conclure que la résection du cornet n'a rien changé à la situation et ce point n'est pas à négliger dans la critique des observations actuelles.

#### OBSERVATION V

*Névrite rétro-bulbaire bilatérale, datant de plusieurs mois. Evidement ethmo-sphénoïdal gauche. Pas d'amélioration oculaire.*

M. J..., 38 ans, m'est adressé le 29 novembre 1922 par le Dr Bailliart avec les renseignements suivants :

Au début de l'année a remarqué quelques troubles passagers de la vue. Revient de faire campagne en Syrie où il a pris tous les jours 1 gramme de quinine. Ces troubles s'exagèrent. Au mois de juillet, il ne peut plus lire de l'œil gauche. Un oculiste consulté à ce moment parle de névrite rétro-bulbaire.

Au mois d'août, l'œil droit subit une baisse nette et progressive de la vision. Un traitement par injections intra-veineuses de Cy. Hg. n'amène aucune amélioration.

Le 6 octobre, on constate :

O. D. : Rien au fond de l'œil. V. = 1/100. Large scotome central pour le blanc et les couleurs.

O. G. : Décoloration papillaire nette. V. : compte les doigts à 1 mètre. Large scotome central.

Wassermann sang et liquide céphalo-rachidien : négatif. Pas de lymphocytes.

Traitement mercuriel, puis arsenical, sans résultat.

Le 28 novembre, on constate la décoloration du segment temporal des deux papilles. Large scotome central, s'étendant surtout pour l'œil gauche en haut.

Le 29 novembre, il vient me voir.

Rien d'objectif au premier examen, même après coca-adréralisation énergique. Les sinus frontaux et maxillaires s'éclairent bien. Le sujet déclare avoir depuis une huitaine des douleurs bilatérales.

Je le revois à plusieurs reprises. L'examen est toujours négatif sauf qu'une fois on constate, au naso-pharyngoscope, une traînée purulente sur la queue du cornet moyen gauche.

A noter cependant l'extraordinaire réflectivité de la muqueuse nasale. Les attouchements, tant à la cocaïne qu'à l'adrénaline, déterminent immédiatement des crises d'éternuements formidables et prolongés en même temps qu'une hypersécrétion séreuse extraordinaire.

Enfin l'anesthésie, pour l'exploration au stylet est difficile à obtenir.

De nombreuses et remarquables radiographies, faites tant dans les positions classiques que dans les positions de Hirtz, montrent les sinus extrêmement développés, mais clairs, sauf cependant un léger voile à la hauteur du volumineux sinus frontal gauche.

Le 12 décembre, je pratique l'ablation du cornet moyen. Il ne s'en suit aucune amélioration.

Un évidemment ethmo-sphénoïdal par voie endo-nasale est alors décidé ; on se propose d'attaquer d'abord le côté gauche, où les lésions oculaires sont au maximum ; puis le côté droit dans la même séance si le malade est en état de supporter cette deuxième opération ; sinon de la pratiquer dans un 2<sup>e</sup> temps (mais alors seulement, dans le cas où la première intervention aurait amené une amélioration à gauche).

Le 18 décembre 1922, on pratique donc l'évidement ethmo-sphénoïdal, par le procédé classique, c'est-à-dire le long de la paroi externe de la fosse nasale. Elle se fait assez facilement, malgré l'hypersécrétion séreuse qui, beaucoup plus que le sang peu abondant, masque le champ opératoire. Cette opération ne montre d'ailleurs rien d'anormal ni dans les fragments enlevés, ni sur les surfaces mises à nu.

Le malade se trouvant mal à chaque instant, on décide de remettre à un temps ultérieur, l'ouverture ethmo-sphénoïdale de l'autre côté et d'attendre le résultat oculaire de ce 1<sup>er</sup> temps.

A la suite, peu de saignement, mais hypersécrétion séreuse qui traverse le tamponnement, retiré d'ailleurs au bout de vingt-quatre heures. Du côté de l'œil, il ressent quelques vagues douleurs dans les mouvements du globe, sans doute attribuables à une réaction légère du nerf optique.

Il ne se produisit à la suite aucune modification ni en mieux ni en plus mal du côté de l'œil. L'examen objectif et l'examen fonctionnel restèrent les mêmes pendant la durée du séjour du malade à Paris, c'est-à-dire pendant plusieurs semaines.

Cependant dans le courant de l'année 1923, il écrivait au Dr Bailliart qu'il avait une légère amélioration de sa vision.

En octobre 1923, il fut revu par le Dr Bailliart qui constata en effet une très légère amélioration qui se manifeste surtout par une diminution de l'étendue du scotome central pour le blanc et surtout pour les couleurs. Les fonds d'œil sont stationnaires.

En somme, échec complet. Ni la résection du cornet, ni l'évidement ethmo-sphénoïdal pratiqué quelques jours après, n'ont enrayer la marche des lésions oculaires. On peut objecter, il est vrai, que l'intervention n'a été pratiquée qu'à gauche. Il est certain que si j'avais connu à l'époque l'opération de Ségura-Hirsch, j'aurais suivi la voie transseptale et attaqué les deux sphénoïdes. Il faut également noter le long intervalle (près d'un an) qui a séparé le début des troubles et l'opération. Enfin ce cas pose



aussi la question de l'influence de la quinine sur les nerfs optiques.

A un autre point de vue, les deux observations IV et V prouvent — et ceci n'intervient ni pour, ni contre l'opération — que de la constatation de petites modifications intranasales, il ne faut pas se hâter de conclure à un état pathologique patent ou latent des sinus. Il faut savoir aussi qu'il est plus facile qu'on ne croit, quand on se sert du naso-pharyngoscope, de prendre pour une sécrétion légère, ce qui n'est qu'une pâleur extrême de la muqueuse en un point plus spécialement touché par la coca-adréraline.

Enfin, quoique étant alors en plein dans le domaine des hypothèses, on peut encore rapprocher ces deux observations à un autre point de vue.

Dans l'observation V, quoique le sujet n'eût présenté à aucun moment, un quelconque des éléments du « syndrome du ganglion sphéno-palatin », on peut se demander si l'hypersensibilité vraiment extraordinaire, l'hypersécrétion vraiment remarquable après attouchement de la muqueuse et la difficulté d'en obtenir l'anesthésie, n'indiquaient pas une épine irritative retentissant sur le ganglion. On ne peut pas ne pas être frappé de la coexistence de ce symptôme avec ceux du côté du nerf optique, si tant est que ces derniers ne fussent pas dus à l'intoxication quinique.

Quelle est donc la cause ayant pu frapper *bilatéralement* les deux groupes nerveux ? Puisque — et l'évolution ultérieure est en faveur de cette opinion — il n'y avait ni sclérose en plaques ni lésion quelconque du système nerveux, les deux systèmes sinusiens paraissent seuls pouvoir être invoqués jusqu'à nouvel ordre, étant donnés leurs rapports et avec le nerf optique et avec le ganglion sphéno-palatin.

Quelle est donc l'affection pouvant frapper *simultanément* les deux ethmo-sphénoïdes ? Nous n'en voyons guère, en dehors d'une inflammation sinusienne. Mais nous l'avons dit, nous n'avons absolument rien trouvé dans les cavités opérées et on ne peut préjuger de l'état de l'autre côté. Nous considérons la sécrétion vue sur la queue du cornet moyen gauche (côté opéré), comme non vraisemblablement liée à une sinusite, au sens strict du mot. La radiographie peut être tenue pour négative. Alors ?

Ce cas est-il en faveur d'une sinusite « sans sinusite », terme qui à mon avis n'a pas de sens, mais qui ici peut être interprété de la façon suivante. Il est possible — et l'explication n'est pas

nouvelle — qu'à la faveur d'une infection sinusienne légère (comp. avec l'obs. II), par exemple à la suite d'un coryza dont le sujet a perdu le souvenir, les nerfs optiques aient été touchés. L'inflammation sinusienne a disparu, mais les lésions du nerf optique ont continué à évoluer. Le retentissement sur le nerf optique a *peut-être* été ici d'autant plus facile que ses rapports avec le système sinusal postérieur paraissent avoir été assez intimes, si l'on en juge par les grandes dimensions révélées par la radiographie et du côté opéré par les phénomènes douloureux ayant existé pendant deux ou trois jours après l'opération.

Je pense que l'observation IV prête à des considérations analogues. Ici aussi, il y avait des lésions oculaires bilatérales. Ici aussi, on peut se demander si les ganglions sphéno-palatins n'étaient pas irrités. Nous relevons dans les antécédents de cette malade du rhume des foins. Ici aussi, on peut éliminer la syphilis, la sclérose en plaques ou une affection quelconque du système nerveux ; cette malade a été vue au début de 1919, est maintenant mariée, a mené une grossesse à terme et est bien portante au point de vue général. Dès lors, à moins d'admettre un retentissement par voie sympathique de l'irritation du ganglion sphéno-palatin sur la circulation rétinienne, on ne voit guère qu'une origine sinusienne méconnue. Peut-être même les rhumes des foins, accusés par la malade, se sont-ils accompagnés d'une réaction particulièrement vive du ganglion sphéno-palatin à des infections sinusales banales, mais répétées et n'ayant retenti que plus tard sur le nerf optique, pour une raison inconnue : inflammation plus intense une fois, production d'un vacuum sinus ou tout autre cause qu'il est impossible de préciser. A noter que dans ce cas la radio avait montré un voile sur la région droite, ce qui malgré toutes les objections que l'on peut faire à cette unique constatation positive, ne laisse pas d'être assez troublant.

\*  
\* \*

### III. GROUPE

#### Nez et sinus normaux.

Les deux observations de ce groupe sont caractérisées par l'absence de lésion nasale ou sinusienne, même minime. Les troubles oculaires sont survenus sans lésion apparente. Il s'agit de deux femmes dont l'une a guéri après opération de Ségura-

Hirsch et dont l'autre, non opérée, a évolué vers l'atrophie optique.

## OBSERVATION VI

*Névrite optique aiguë droite, sans cause appréciable.*

*Opération de Ségura-Hirsch. Guérison.*

M<sup>me</sup> D..., Marguerite, 40 ans. Depuis plusieurs années se plaint de céphalées intermittentes. Depuis un an elles sont devenues beaucoup plus fréquentes et plus violentes ; elles présentent leur maximum au sommet du crâne et dans la région occipitale et s'accompagnent de sensations de mouches volantes. La malade présentait une hypertrophie du corps thyroïde et le médecin, consulté à cette époque, lui fait suivre un traitement qui amena une régression du volume du corps thyroïde, mais n'améliora aucunement les céphalées. En dehors de cela, rien dans les antécédents. Mari bien portant ; deux enfants. Pas de fausses couches.

Le 12 mai 1923, brusquement survient une recrudescence de la céphalée avec douleurs atroces, par crises, arrachant des cris à la malade, avec maximum au sommet du crâne.

Le 13 mai au matin, baisse brusque de la vision de l'œil droit. La malade a la sensation de ne plus voir la moitié supérieure des objets. Elle vient alors au service d'ophtalmologie de l'hôpital Beaujon où M. Terrien constate : 17 mai 1923 ; — O. D. Névrite optique. Papille rouge, bords se confondant avec la rétine. Veines volumineuses, — O. G. : normal.

V. O. D., avec (—  $I^o$ , 25 à 60°) —  $I^o = 1/100^e$ .

V. O. G., avec (—  $I^o$ , 25 à 60°) —  $I^o = 1$ .

Champ visuel. A droite, rétrécissement du champ visuel. Scotome central (v. schéma ci-dessous).

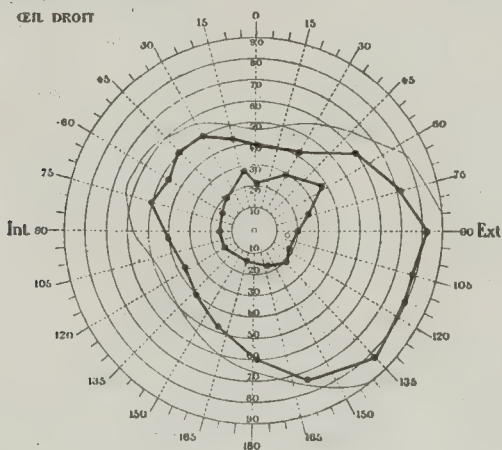


FIG. 1.

L'examen nasal ne fait rien constater. Sinus maxillaires et frontaux clairs. La radiographie, elle non plus ne montrera rien d'anormal ; à noter simplement les grandes dimensions du sinus sphénoïdal, d'ailleurs normal.

Hypertrophie du corps thyroïde. Pouls à 84. Wassermann négatif.

Le 30 mai 1923, aucun changement au point de vue oculaire. On décide d'intervenir sur le sinus sphénoïdal et d'une part pour ne pas perdre de temps, d'autre part pour qu'il ne subsiste pas de doute, (en cas de résultat heureux de l'intervention), sur la non influence du traitement spécifique, celui-ci n'est pas institué.

Opération le 31 mai 1923. Opération de Ségura-Hirsch. A noter simplement que le rostrum est mince ; aussi la pince qui emporte le bord postérieur de la cloison, ouvre du même coup les deux sinus sphénoïdaux et sectionne une partie de la cloison inter-sinusale. Les sinus sphénoïdaux sont absolument normaux, larges, à peu près symétriques.

*Evolution* : 1<sup>er</sup> juin. — Fond d'œil : réaction plus intense ; les bords de la papille ont complètement disparu. La vision est cependant meilleure : V. O. D. = 0, 2.

2 juin : aucune modification du fond de l'œil : V. O. D. = 0, 4.

4 juin : papille à bords plus nets, encore hyperhémée : V. O. D. = 0, 7. Il ne reste plus qu'un petit scotome central et pour le vert seulement.

5 juin V. O. D. = 0, 9.

Dès lors tout revient à la normale. J'ai suivi régulièrement cette malade et l'ai vue encore le 10 décembre 1923. A cette date la vision et le fond d'œil étaient restés absolument normaux.

## OBSERVATION VII

*Névrite optique bilatérale, sans cause appréciable. Pas d'opération.*

*Evolution rapide vers l'atrophie optique, malgré le traitement anti-syphilitique.*

Vve T..., Jeanne, 48, « nourrice sèche ». Va consulter le Dr Cantonnet à l'hôpital Cochin, parce qu'elle voyait mal de l'œil droit et se plaignait d'un point noir devant l'œil gauche.

Pas de maladies antérieures. Un fils de 16 ans, bien portant. Une fille morte à 12 ans (bacillose). Pas de fausses couches. Mari mort en 1916 de coma diabétique.

Pas d'amaigrissement. Pas de maux de tête. Mais mauvais appétit. Ménopause depuis six mois. Wassermann pratiqué dans le courant de l'observation : négatif.

Le 25 avril 1923, le Dr Cantonnet constate :

O. D. Légère exophtalmie avec limitation des mouvements en dedans et surtout en dehors. Réflexes pupillaires conservés. V = 1/10<sup>e</sup>. Bonne vision centrale des couleurs. Papille blanche, surtout dans le segment temporal. Vaisseaux normaux O. G. V = I, sans verres.

Ne trouvant aucune étiologie, le Dr Cantonnet, m'adresse cette femme à Beaujon aux fins d'examen nasal.

Celui-ci est pratiqué le 28 avril. A part une rhinite hypertrophique



légère à droite, on ne trouve absolument rien d'anormal. Pas de sécrétions ni dans le méat moyen, ni dans la fente olfactive, ni sur la queue du cornet moyen, même après coca-adréalisation énergique. Pas de dégénérescence polypoïde des cornets. Rien dans le cavum. Eclairage des sinus normaux. Leur radiographie ne montre rien de particulier.

Je fais examiner la malade au point de vue général et du système nerveux : résultat négatif.

Une intervention sur le sinus sphénoïdal est alors envisagée, dans l'hypothèse d'une sinusite « latente ». Mais en attendant le résultat du Wassermann, le traitement anti-syphilitique est immédiatement commencé (injections intra-veineuses de cyanure) et régulièrement continué dans la suite.

17 mai. L'examen oculaire donne :

O. D. Atrophie complète de la papille ; bords légèrement estompés. Vaisseaux filiformes.

O. G. Même aspect un peu moins accentué.

Réflexes pupillaires paresseux.

V. O. G. = I.

V. O. D. = 1/50<sup>e</sup>.

L'opération de Ségura-Hirsch, différée à plusieurs reprises par la malade, est finalement refusée. Cette femme est vue pour la dernière fois le 2 juin (où on constata le même aspect de fond de l'œil et la même vision) et disparaît ensuite.

Tous ceux qui m'entourent ont été, comme moi-même, fortement impressionnés par ces deux faits, observés pour ainsi dire simultanément, dans des conditions étiologiques négatives analogues et où l'évolution a été diamétralement opposée : guérison rapide des lésions oculaires dans le cas opéré, évolution rapide vers l'atrophie optique dans le cas non opéré.

Il nous en reste forcément une opinion favorable à l'intervention. Mais est-ce justifié ?

\*  
\* \*

Le tableau ci-contre résumera mieux que toutes analyses les éléments du problème, en même temps qu'il met en relief les caractères principaux de nos sept observations.

\*  
\* \*

Les réflexions suivantes nous sont suggérées par les 7 observations personnelles précédentes et surtout par les nombreux cas maintenant publiés et les intéressants articles qu'à la suite du livre de Sluder, ont écrit Duverger, Dutheillet de Lamothe,

	Nature de la lésion oculaire	Temps écoulé entre le début apparent de la lésion oculaire et la mise en observation	Nature de l'opération	Evolution de la lésion oculaire	Etat des sinus	Etat du nez
<b>Unilatérales</b> 4	Obs. 1	21 mois.	Curetage ethmo-sphénoïdal par voie externe.	Guérison très rapide.	Pansinusite suppurée chronique.	Pus aux points classiques.
	Obs. 2	?	Pas d'opération.	Amélioration fonct. lente. Mais reliquat anatomique.	Ethmosphénoïdite muco-purulente, légère et passagère.	Muco-pus fente olfactive et méat moyen.
	Obs. 3	Quelques jours.	Opération de Ségura-Hirsch.	Guérison rapide mais progressive.	Polysinusite (fronto-ethmoïdale sous-maxillaire) quelques mois avant, mais complètement guérie.	0
	Obs. 6	Quelques jours.	Opération de Ségura-Hirsch.	Guérison très rapide.	0	0
<b>Bilatérales</b> 3	Obs. 4		Réssection cornet moyen droit.	Atrophie optique.	0	Dégénérescence polypoïde cornet moyen droit. Rhume des foins.
	Obs. 5	9-10 mois.	Evidement ethmo-sphénoïdal unilatéral par voie endonasale.	Atrophie optique.	0	Hyperexcitabilité de la pituitaire au contact. Sécrétion muco-purulente sur queue cornet moyen.
	Obs. 7	?	0	Atrophie optique.	0	0

Canuyt, Ségura, Ramadier, Velter, Liébault, Worms, Morax et tant d'autres auteurs français et étrangers.

Une première question me paraît très importante et il ne semble pas qu'elle ait été mise jusqu'ici suffisamment en relief. C'est celle de la *bilatéralité des lésions oculaires*. Si dans nos observations IV et V, on peut éliminer la sclérose en plaques, vu la longue durée de l'observation (nous avons des nouvelles récentes de ces malades, ce qui porte à plus de cinq ans dans l'une, à près de deux ans dans l'autre, la durée de l'observation à ce point de vue), nous n'en dirons pas autant de l'observation VII où la malade a été suivie trop peu de temps pour qu'on puisse rejeter la possibilité de cette affection (1).

D'une manière générale — et seul l'avenir dira si nos observations II, IV et V rentrent dans cette règle — la bilatéralité des troubles oculaires doit être tenue pour suspecte de lésion endocranienne, même si les épreuves biologiques et l'examen neurologique sont restés négatifs (comme cela a été dans nos 3 cas) et étant bien entendu qu'il n'existe ni lésions sinusales nettes ni antécédents sinusiens certains.

Dans ces conditions l'opération ne peut être considérée que comme *une tentative désespérée et aléatoire, pour enrayer la marche des lésions oculaires bilatérales, tentative empirique, ne trouvant sa justification que dans les résultats favorables de l'intervention — et eux-mêmes encore sujets à discussion — dans les lésions oculaires unilatérales, survenant dans des circonstances en apparence analogues, c'est-à-dire en dehors de toute donnée étiologique décelable... Cette tentative sera faite seulement après décision commune du neurologiste et de l'ophtalmologiste. Le rhinologiste ne peut en être que l'exécutant et seulement à la condition que les malades lui soient livrés à une période où les lésions oculaires sont susceptibles de régression.*

*Dans ces conditions l'opération doit être bilatérale.* Elle peut être précédée d'une résection des cornets moyens (V. plus bas); mais si le résultat ne se fait pas sentir immédiatement, on passera rapidement au deuxième temps. Nous pensons qu'ici une seule méthode s'impose; c'est la voie trans-septale de Ségura-Hirsch qui, ouvrant les deux sinus sphénoïdaux à la fois est la moins traumatisante, la moins longue et n'offre pas les inconvénients ultérieurs du curettage ethmo-sphénoïdal classique. Il est

1. Morax. Note sur l'étiologie de la névrite rétro-bulbaire aiguë. *Bull. de la Soc. d'Ophtal. de Paris*, oct. 1922.

inutile en effet, surtout si on doit avoir un échec, d'ajouter aux lésions oculaires, les ennuis résultant de l'effondrement de la paroi externe des fosses nasales (croûtes, gêne respiratoire, pharyngite sèche, etc.).

On voit donc avec quelle circonspection, on doit envisager l'opération en cas de lésions oculaires bilatérales. La même réserve est elle-même de mise dans les lésions unilatérales ?

On connaît les trois stades successifs de la question : 1<sup>o</sup> Hormis les cas de sinusite évidente, on ne songe pas à opérer les sinus postérieurs pour agir sur les lésions oculaires. 2<sup>o</sup> On intervient sur ces sinus presque toujours, quand on ne retrouve pas l'étiologie de ces lésions. De fait on observe alors de nombreuses guérisons. 3<sup>o</sup> Stade actuel qui peut se résumer ainsi :

D'abord, il y a des échecs ; il ne faut pas croire que l'opération amène toujours la guérison. Ensuite, il n'est pas prouvé que celle-ci soit toujours liée à celle-là. En effet :

a) Le traitement antisiphilitique est presque toujours administré dans ces cas. En réalité l'amélioration, même si elle ne se fait sentir qu'après l'opération, est vraisemblablement le fait du traitement et non de l'acte opératoire.

b) On a signalé des cas de guérison, par une petite intervention endo-nasale simple (ablation du cornet, résection sous-muqueuse de la cloison), donc sans que les sinus postérieurs aient été touchés.

c) Il existe des guérisons spontanées, notamment pour les névrites rétro-bulbaires infectieuses aiguës.

d) Dans la sclérose en plaques, les lésions oculaires sont fréquentes et elles peuvent être la première manifestation de la maladie. Elles offrent avec la névrite syphilitique héréditaire ou acquise et avec la névrite rétro-bulbaire infectieuse aiguë « une grande analogie : début brusque d'un trouble visuel souvent très marqué ; absence de lésions papillaires dans le début ; évolution plus ou moins rapide caractérisée généralement par une amélioration progressive » (Morax, *loc. cit.*). Il est vrai qu'au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, on constate toujours de l'atrophie papillaire (avec acuité visuelle relativement peu atteinte). Mais, il se peut qu'il y ait régression, et Morax vient d'en publier un cas, où d'un côté (la lésion était bilatérale), la névrite rétrobulbaire avait disparu en moins d'un mois. Il est évident que si on opère un cas semblable, on rapportera la guérison à l'intervention.



En somme les ophtalmologistes — et Morax dans l'article cité traduit bien cette opinion — tendent à revenir en arrière et à s'opposer à l'intervention dans les lésions oculaires où l'examen clinique ou les antécédents ne montrent pas une origine sinusienne nette.

Eh bien ! Je crois pour ma part, que ce mouvement réactionnel, salutaire et justifié dans une grande mesure, ne doit pas cependant être poussé trop loin. C'est évidemment parce que les oculistes n'ont pas toujours été satisfaits de l'évolution des lésions oculaires abandonnées à elles-mêmes ou traitées médicalement, qu'ils ont cherché ailleurs et demandé aux rhinologistes d'intervenir. Les rapports du nerf optique avec les sinus postérieurs, l'existence certaine de sinusites avérées dans quelques cas ont alors tracé une voie toute naturelle aux interprétations. Mais, par une pente naturelle, certains ont voulu à toute force trouver des lésions des muqueuses et des parois sinusiennes là où il n'y en avait réellement pas et admettre comme constants des trajets ou des rapports du nerf optique qui, sans être rares, ne constituent certainement pas la règle. De sorte qu'en présence de ces exagérations manifestes, on a fini par contester et les théories pathogéniques, à juste titre et la valeur effective de l'opération, peut-être à tort.

Pour mettre un peu d'ordre dans cette question difficile, il faut avant tout sérier les cas. On peut les classer en quatre groupes.

PREMIER GROUPE : *Origine sinusienne nette*. — En principe, mais en principe seulement, l'opération doit être envisagée et dans ce cas elle doit porter, à moins d'un diagnostic certain de sphénoïdite isolée, à la fois sur l'ethmoïde et sur le sphénoïde (1). Donc ce sera ou une opération par voie externe ou un Ségura-Hirsch, suivi de l'ouverture des cellules ethmoïdales. Cette dernière manière de faire est certainement plus compliquée et plus longue pour le malade.

Il n'y a donc pas de discussion possible en cas de sinusite chronique où l'apparition de la complication oculaire fournit une indication opératoire de plus, s'il en était besoin (obs. I). Mais en cas de sinusite aiguë ? Est-il prudent d'ériger en système l'abstention opératoire parce que la névrite est parfois susceptible de régression spontanée. Nous ne le croyons pas, car ce serait sans doute s'exposer à des mécomptes, et notre observation II

1. Ou sur le sinus maxillaire seul si, comme cela a été rapporté dans quelques cas rares, la sinusite maxillaire a été le point de départ des troubles oculaires.

en est un exemple, à moins que les troubles oculaires ne subissent une amélioration nette pendant la première période d'observation.

C'est donc aux ophtalmologistes à fixer la durée de cette expectative armée, durée qui sera sans doute variable avec la nature de la lésion oculaire, son intensité et sa marche.

II<sup>e</sup> GROUPE : *Origine méningo-encéphalique nette, probable ou seulement possible.* — Pas d'opération. Les discussions actuelles ont eu le mérite d'appeler une fois de plus l'attention sur les syphilis héréditaires ou acquises méconnues, sur la sclérose en plaques souvent difficile à dépister à son début.

Donc il faudra toujours faire faire et les réactions sérologiques et un examen neurologique complet et attacher grande importance, à défaut d'autre symptôme, à l'exagération des réflexes rotuliens.

Mais en cas de doute, il faudra se laisser guider par l'évolution des lésions oculaires et, si elles suivent une marche progressive, tenter la chance d'une intervention avant qu'il ne soit trop tard.

III<sup>e</sup> GROUPE : *Névrite rétrobulbaire infectieuse aiguë.* — Pas d'opération. Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici textuellement Morax (*loc. cit.*) :

« Ce type clinique s'observe surtout chez l'adulte. Après un état fébrile de quelques jours qualifié de grippe d'angine ou de coryza, avec ou sans sinusite, le malade exempt jusque-là de toute préoccupation oculaire éprouve brusquement un trouble visuel extrêmement accusé qui peut aller jusqu'à la cécité complète. En même temps, il signale un certain endolorissement oculaire ou orbitaire qu'exagèrent les mouvements du globe ou la pression sur le globe. Il y a parfois un peu de céphalée, mais ce qui est constant, c'est un état de préoccupation très grand, résultant surtout de la crainte que le second œil ne suive l'évolution du premier... Cette atteinte du second œil est exceptionnelle... Après quelques jours de durée, huit à douze environ, la perception maculaire se rétablit, l'acuité devient mesurable et on note quotidiennement ses progrès, au point qu'en deux à quatre semaines, elle est remontée à son degré normal. »

IV<sup>e</sup> GROUPE : *Origine indéterminée.* — C'est là évidemment un groupe d'attente. Que faire actuellement ?

D'après ce que nous venons de dire, on serait tenté d'instituer avant tout le traitement antisyphilitique plus systématiquement encore qu'on ne l'a fait jusqu'ici. C'est certainement à cette manière de faire qu'on devra plus tard s'arrêter. Mais, dans la

période actuelle qui est une période d'étude, nous estimons légitime de ne pas le faire momentanément, étant bien entendu que tout soupçon de syphilis est écarté par les antécédents, les examens cliniques et sérologiques. Ceci afin de soustraire ces cas à l'argument de l'influence du traitement spécifique sur l'amélioration ou la guérison. Notre observation VI, par exemple, n'est pas susceptible de cette objection.

C'est donc l'opération qui doit être envisagée dans les faits à étiologie indéterminée. Mais quand faut-il la pratiquer ?

Seuls les ophtalmologistes ont qualité pour fixer la durée de l'expectation et choisir le moment de l'intervention. Il semble, en tout cas, acquis que sauf exception, *il faudra se dispenser de la précipitation*, avec laquelle on a un certain moment opéré, dans la crainte d'une aggravation brusque des lésions oculaires. Pendant cette période d'observation, on procédera à des examens soigneux et répétés du nez, par les moyens habituels et par les autres (salpingo-pharyngoscopes, radiographies multiples dans les positions classiques et dans les positions de Hirtz); à une étude approfondie du système nerveux pour dépister notamment la sclérose en plaques; à des recherches sérologiques *répétées* pour déceler la syphilis; à l'étude enfin de la marche des lésions oculaires. Il n'est pas douteux *que cette ligne de conduite doive à l'avenir réduire le nombre des cas à opérer*.

Nos cas guéris après intervention, ont été soumis à cette dernière au bout de :

Vingt-deux mois après la constatation des troubles oculaires (Obs. I, névrite rétrobulbaire pansinusite chronique suppurée).

Cinq à six semaines (Obs. III, stase papillaire, plongeon dans l'eau plusieurs mois après une sinusite guérie).

Quinze jours (Obs. VI, papillite aiguë, cause inconnue).

Mais ce serait, je crois, un tort de se baser sur l'observation I car, comme nous l'avons expliqué, il s'agissait ici de troubles oculaires, intermittents dans leur intensité et variant avec le drainage ou la rétention des sinus. Elle montre toutefois que dans certains cas comme celui-ci, le nerf optique n'est pas dénué d'une certaine résistance. Elle vient surtout à l'appui de l'opinion de Morax qui dans les névrites rétrobulbaires est d'avis de ne pas se presser outre mesure pour intervenir.

La période d'expectative doit être de dix à douze jours au moins si nous avons bien compris cet auteur. Il serait souhaitable que pour les autres lésions oculaires on eût également des données précises. C'est aux oculistes à nous fixer sur ce point

qui, pratiquement doit être évidemment influencé par l'évolution.

Une fois l'opération décidée, quel procédé doit-on choisir dans ces cas à origine indéterminée ?

a) Comme on a cité des cas de guérison après une intervention simple (ablation de cornet, résection sous-muqueuse de la cloison) il paraît sage de *profiter de la fin de la période d'observation pour faire cette tentative*. Nous penchons plutôt vers la résection du cornet moyen parce qu'elle laisse entière la liberté de choisir le procédé opératoire, si l'on doit intervenir une deuxième fois ; la résection de la cloison au contraire interdit pratiquement un Ségura-Hirsch ultérieur.

Cette manière de faire présente, pour l'avenir, un intérêt pathogénique considérable, si on peut produire un nombre suffisant de cas, n'ayant pas guéri par la petite intervention, mais ayant guéri par l'opération sur les sinus.

Maintenant les guérisons obtenues ainsi par les moyens simples masquent-elles en réalité une guérison spontanée ou bien relèvent-elles d'un des mécanismes que nous esquisserons tout à l'heure ? C'est ce que nous ne saurions dire. Il faudrait pour cela procéder à la révision des cas publiés et préciser :  $\alpha$ ) combien de temps après le début des troubles oculaires la petite intervention a été pratiquée ;  $\beta$ ) quelle était la nature de la lésion oculaire et quels étaient l'état naso-sinusien, l'état du système nerveux et si la syphilis avait été recherchée dans les antécédents, cliniquement et par les moyens de laboratoire. Seule une telle enquête permettrait de se faire une opinion.

b) Si, l'on décide alors de passer au deuxième temps, 4 procédés opératoires s'offrent à nous : l'opération par voie externe ; les opérations par voie endonasale qui peuvent se ramener à 3 ; le curetage ethmo-sphénoïdal classique suivant une des techniques en cours, l'ouverture des sinus sphénoïdaux par le procédé de Hajek ou de Halle, l'opération transseptale sur les sinus sphénoïdaux de Ségura-Hirsch. *L'opération par voie externe est à rejeter*, sauf quand pour une raison ou pour une autre (pusinallimité, jeune âge, pratique insuffisante de l'anesthésie locale), on est obligé de recourir à l'anesthésie générale. Ce procédé a en effet contre lui la cicatrice ultérieure et la difficulté de savoir quand il faut arrêter le curetage en profondeur. Une grosse cellule ethmoïdale postérieure peut en imposer pour le sinus sphénoïdal. La dernière cavité rencontrée peut donc être ou la dernière cellule ethmoïdale ou le sinus sphénoïdal. On risque donc de ne pas



ouvrir ce dernier, ce qui a un inconvénient dans le cas où il présenterait des lésions. Si au contraire on cherche à effondrer la cloison la plus postérieure, on risque de tomber dans la cavité crânienne.

*Les procédés endonasaux* nécessitent l'anesthésie locale ; avec l'anesthésie générale ils se heurtent à de grandes difficultés pratiques, dont les principales sont la gêne apportée par le saignement et la difficulté d'orientation dans la position couchée.

On choisira donc l'une ou l'autre de ces techniques suivant les préférences personnelles. Mais, hormis les cas (que nous n'envisageons pas ici), de lésions polypoïdes ou autres des cellules ethmoïdales, l'opération endonasale le long de la paroi externe de la fosse ne nous paraît pas indiquée ; d'abord à cause des inconvénients qui résultent ultérieurement de l'agrandissement de la fosse nasale et que nous avons déjà rappelés ; ensuite et surtout à cause de l'impossibilité, comme dans l'opération par voie externe, de savoir parfois si la dernière cavité rencontrée est le sinus sphénoïdal ou la dernière cellule ethmoïdale.

Restent donc l'opération de Hajek-Halle et celle de Ségura-Hirsch.

L'opération de Hajek-Halle (recherche de l'ostium sphénoïdal et agrandissement de la paroi antéro-inférieure, avec ou sans taille de lambeaux muqueux) nécessite l'ablation du cornet moyen. Ce ne peut être une objection quand on a préalablement pratiqué cette ablation, à la fin de la période d'observation comme nous pensons qu'on doit agir maintenant. Mais la découverte et l'agrandissement de la paroi sinusienne peuvent être gênés ou rendus impossibles par une déviation haute de la cloison. Mais, même s'il n'en est pas ainsi, la vue sur la paroi sinusienne est assez réduite si, comme c'est le cas habituel chez les Latins, les fosses nasales ne sont pas anatomiquement très larges. Enfin elle n'ouvre qu'un sinus sphénoïdal.

Au contraire l'opération transseptale de Ségura-Hirsch permet d'ouvrir les deux sinus à la fois. C'est une opération, sans doute délicate, mais pas plus que la présente. Elle a l'avantage d'être mieux réglée, de traiter la déviation septale concomitante. Elle ne nécessite pas l'ablation du cornet moyen, si on a jugé bon de ne pas l'enlever préalablement. Enfin et surtout, elle permet une abrasion plus étendue de la paroi antéro-inférieure du sinus sphénoïdal et par là une inspection meilleure de sa cavité et un drainage plus large (dans la mesure où celui-ci est à considérer).

En résumé, et sauf certains cas d'espèce, c'est *en principe* à l'opération transseptale de Ségura-Hirsch qu'il faut avoir recours.

\*  
\*\*

Avec les précautions préalables indiquées, et avec les réserves nécessitées par de tels faits si troublants et que seul l'avenir permettra peut-être de mieux juger, on peut admettre que si le malade guérit de ses lésions oculaires, c'est bien à l'opération qu'il le doit. Ceci est un fait. Il est donc naturel de se demander comment elle agit. L'explication est, il est vrai, toujours discutable, surtout si elle est appliquée indistinctement à tous les cas. Nous l'avons dit. Ce sont les théories pathogéniques qui ont quelque peu discrédité l'opération. Du moins certaines interprétations, qui admettent par principe des lésions ethmo-sphénoïdales là où il n'y en a pas ou invoquent des mécanismes physiologiques aventurés, ont été la cause de ce que de leur irréalité vraisemblable dans bon nombre de cas, on a conclu à l'inexistence du lien qui unit l'acte opératoire à la guérison des lésions oculaires.

*Il faut donc sérier les cas et bien se pénétrer de l'idée que là où on ne trouve pas de lésions anatomiques indiscutables, pour ne pas dire grossières, tout n'est qu'hypothèses auxquelles on ne doit attacher qu'une valeur très restreinte et probablement temporaire.*

Pour rester sur le terrain des réalités, on doit distinguer les cas où il y a une réaction sinusienne certaine de ceux où il n'y en a pas.

#### PREMIER CAS. — Réaction sinusienne certaine.

a) Elle peut avoir été affirmée cliniquement par les signes classiques de sinusite.

Rappelons que la complication oculaire est ici de l'avis de tous rare. Et si l'on pouvait à la rigueur admettre autrefois que les sinusites frustes échappaient au diagnostic, parce que les troubles oculaires frappant davantage les patients, c'est l'oculiste qui seul les voyait, il n'en est plus de même aujourd'hui où la collaboration entre lui et le rhinologiste est sur ce point étroite et féconde, comme elle le sera sur tous les autres.

Donc cette rareté est bien réelle. En dehors des cas rapportés ici et qui tous nous ont été vus d'abord par des oculistes, nous n'avons vu aucune complication oculaire. Depuis deux ans,

nous faisons examiner systématiquement les yeux de toutes les sinusites et une bonne partie des coryzas muco-purulents (si souvent fonction d'ethmoïdite) que nous voyons tant à Beaujon que dans notre clientèle privée. Or il n'a été constaté qu'une *seule fois* des troubles oculaires dans un cas qui malheureusement a été immédiatement perdu de vue.

b) La réaction sinusienne peut être une trouvaille opératoire, présumée ou non par la radiographie.

Il peut s'agir d'un empyème fermé, d'une dégénérescence kystique ou polypoïde, ethmoïdale ou sphénoïdale. Sans appuyer sur la première bien connue, il faut insister sur la facilité avec laquelle les autres lésions se produisent au niveau des muqueuses sinusiennes. Au niveau du sinus maxillaire en particulier, ces formations qui peuvent être absolument encloses dans la cavité sont considérées aujourd'hui comme extrêmement fréquentes. Répondant en général au type classique de l'œdème inflammatoire chronique avec ou sans formation kystique à leur intérieur, elles sont considérées comme traduisant une infection atténuée.

C'est précisément un des résultats de l'ouverture plus fréquente des systèmes ethmoïdal et sphénoïdal que d'y avoir montré l'existence relativement fréquente de ces formations.

Mais on doit reconnaître qu'il y a eu souvent ici des erreurs d'interprétation. Il faut n'accorder qu'une valeur relative aux observations signalant des muqueuses polypoïdes ou des petites fongosités, sans contrôle histologique, notamment dans celles qui ont trait au curetage ethmoïdal le long de la paroi externe des fosses nasales, où la visibilité est normalement restreinte et où le saignement masque souvent l'état réel de la muqueuse. De plus les fragments ainsi enlevés par arrachement en imposent facilement pour un état pathologique, à un examen superficiel.

La tendance d'esprit assez naturelle d'ailleurs, qui cherche avant tout à trouver une base anatomique palpable aux lésions oculaires, doit être combattue *pour autant qu'elle ne repose pas sur des modifications sinusiennes manifestes et qu'elle aboutit à des conclusions anatomiques forcées.*

Quoi qu'il en soit, lorsque la réaction sinusienne résulte des constatations cliniques ou opératoires, il serait par contre illogique de nier le lien qui l'unit à la complication oculaire, surtout quand celle-ci rétrocede après intervention. Rapports particuliers du nerf optique, œdème de ses gaines, étranglement en un point de son trajet, réaction inflammatoire ou toxique ; tout peut

être envisagé et tout est possible. Et l'opération supprimant la cause fait disparaître les effets.

II<sup>e</sup> CAS. — *Réaction sinusienne incertaine ou nulle.*

— Ces faits peuvent être classés en trois groupes, théoriquement du moins, car en pratique, on sera souvent dans l'embaras pour rattacher un cas donné à l'une ou à l'autre catégorie. Ces trois groupes sont constitués par : 1<sup>o</sup> les sinusites dont il ne reste plus de traces ; 2<sup>o</sup> les sinusites dites hyperplastiques ; 3<sup>o</sup> les sinus sains d'une façon certaine.

1<sup>o</sup> Notre observation II est un exemple net d'une lésion oculaire apparaissant au cours d'une *ethmo-sphénoïdite muco-purulente* indubitablement constatée ; mais à évolution rapide. De tels faits se sont multipliés depuis que les ophtalmologistes font examiner systématiquement les sinus de ces malades. Un certain nombre d'entre eux rentrent sans doute dans le cadre des névrites rétrobulbaires infectieuses aiguës, comme vient de le rappeler Morax.. D'autres par contre (par ex. notre obs. II, hémorragie maculaire) paraissent bien en relation directe avec l'infection du sinus lui-même.

De telles sinusites légères peuvent passer complètement inaperçues et du médecin qui ne constate rien et du malade qui peut avoir perdu le souvenir de son « rhume » ou n'y avoir attaché aucune importance.

*A fortiori* s'il s'est agi d'une *inflammation sinusienne purement congestive*. Ces sinusites bien connues au niveau des sinus maxillaires et surtout frontal, existent également au niveau des cavités ethmoïdales et sphénoïdales. Il n'est pas inutile de rappeler ici le caractère particulièrement douloureux que ces sinusites affectent quelquefois au niveau du sinus frontal et qui ayant conduit certains cas à l'opération ont permis de constater une tuméfaction de la muqueuse plus ou moins étendue mais fermant l'hiatus naso-frontal. Il en est de même au niveau de l'ethmo-sphénoïde dont les orifices étroits s'oblitérent facilement. Ces sinusites congestives ne sont donc pas une vue de l'esprit ; elles existent réellement.

La participation du nerf optique s'explique ici, comme aussi pour les sphéno-ethmoïdites muco-purulentes frustes, par un des processus qui peuvent intervenir dans les sinusites suppurées sans qu'il soit nécessaire d'insister, non plus que sur la dispa-



rition des symptômes à la suite de celle de l'inflammation sinusienne.

Par contre, s'il est encore compréhensible dans une certaine mesure que les troubles oculaires, évoluant pour leur propre compte, persistent après la guérison complète de l'un ou l'autre des deux états sinusiens précédents, il est moins facile de saisir pourquoi une intervention dirigée alors sur le système ethmo-sphénoïdal amène la disparition des lésions oculaires, lorsque cette opération est faite à une période suffisamment éloignée de l'inflammation sinusienne causale et que l'on peut admettre que tout à cet égard est rentré dans l'ordre.

J'estime pour ma part que la théorie de Ségura ne s'applique pas à la majorité des cas. On sait que cet auteur admet que l'intervention rétablit ou rend meilleure l'aération dans un sinus sphénoïdal où le nerf optique est déhiscent. Et je crois que cette théorie, malgré le talent avec lequel elle a été soutenue, est pour beaucoup dans le discrédit dans lequel tend à tomber son opération dans le traitement des névrites optiques de cause indéterminée.

*Le trajet intrasinuso-sphénoïdal, franc ou ébauché du nerf optique, n'est pas la règle.* — L'anatomie montre même que dans un tiers des cas, l'intimité des rapports est plus grande avec la dernière cellule ethmoïdale qu'avec le sinus sphénoïdal. Et si l'on objecte que les cas de lésions oculaires sont justement ceux où le nerf optique affecte des relations particulières avec le sinus sphénoïdal, on peut répondre que l'immense majorité des opérateurs a rarement vu le nerf dans le sinus et que même la constatation de la saillie de sa gouttière n'est pas la règle.

Si il fallait absolument proposer une explication de l'amélioration post-opératoire, je pense qu'elle pourrait être différente. Il n'est en effet pas impossible — mais ce n'est là qu'une hypothèse — que dans les cas envisagés dans ce chapitre, l'inflammation légère ou catarrhale a laissé, même après guérison, des reliquats. Parmi ceux-ci, il faudrait peut-être retenir la possibilité d'une synéchie ou surtout d'un simple accollement des lèvres muqueuses de l'ostium sphénoïdal. D'où résorption de l'air contenu dans le sinus, établissement d'un processus analogue au vaccum sinus de Sluder et, surtout si le sinus est grand, comme c'est souvent le cas dans les faits dont nous nous occupons, modifications du régime circulatoire (d'autant plus importantes que le sinus est plus grand) et susceptibles de retentir sur le nerf optique.

Dès lors l'opération rétablissant la communication du sinus

avec les fosses nasales et ramenant la pression intrasinusienne à la normale, supprime la gêne circulatoire de la région; effet favorable qui se traduit directement ou indirectement sur le nerf optique.

Cette hypothèse qui, on le voit, diffère essentiellement de la ventilation pure et simple de Ségura, n'est qu'une hypothèse, passible d'objections et que nous nous défendons bien de prendre pour une réalité. Il n'est d'ailleurs pas impossible que la théorie qui sera exposée plus loin, puisse s'appliquer ici aussi, seule ou combinée avec la précédente.

2° Les *sinusites hyperplastiques* ont été principalement invoquées par Sluder. Cet auteur, un de ceux qui a montré toute l'importance de ces troubles oculaires, en apparence mystérieux, admet qu'à la suite d'une inflammation suppurée ou non des sinus, il se produit une ostéite hyperplastique avec ou sans modifications analogues de la muqueuse. Il base son opinion sur des constatations cliniques et sur des examens histologiques.

L'autorité de Sluder ne permet pas d'élever le moindre doute sur la réalité de ces états qui sont d'ailleurs conformes aux données générales de l'histologie pathologique. Mais là aussi rien ne peut être plus néfaste à la défense de l'intervention que la généralisation, à tous les cas, d'une telle conception. Il ne suffit pas de trouver la muqueuse un peu rouge, l'os dur à la pince, ou un saignement plus considérable que d'habitude pour conclure à une sinusite hyperplastique. Seul un examen microscopique par un histologiste compétent, permettrait de l'affirmer.

L'effet bienfaisant de l'opération peut s'expliquer, en cas de sinusite hyperplastique dûment confirmée, par un des mécanismes invoqués ci-dessus, ou par celui que nous exposons ci-dessous.

3° Enfin il est des sinus que tout le monde est d'accord pour trouver absolument sains, cliniquement et opératoirement. Mais tandis que la plupart des auteurs ont jusqu'ici admis cette éventualité comme rare, on doit la tenir comme assez fréquente.

Il se peut que dans certains cas, il y ait eu à l'origine, comme on l'a soutenu en se basant sur des antécédents de grippe ou de coryza, une infection très légère des sinus postérieurs (si légère même qu'on ne puisse invoquer l'accolement post-inflammatoire des lèvres muqueuses de l'ostium). Morax, nous l'avons vu, s'élève en principe contre une telle interprétation et pense qu'il s'agit de névrites rétro-bulbaires infectieuses aiguës. Mais la chose n'est pas impossible en principe, surtout si les lésions oculaires n'affectent pas ce type ou si leur évolution se prolonge.

La manière favorable, par laquelle agit éventuellement l'opération reste un mystère actuellement. Plus encore que dans les autres groupes, il faut être ici prudent dans les interprétations et n'accorder aux théories qu'une valeur très relative.

Il est probable que chaque fait est un cas d'espèce, susceptible lui-même d'interprétations différentes. Notre observation III en est un exemple où nous avons vu qu'on pouvait discuter la sinusite atténuée, l'embolie aérienne, la perturbation du régime vasculaire produite par un mécanisme spécial.

Mais d'une manière générale nous pensons que les théories de la ventilation du sinus, de la sinusite latente ou hyperplastique, de la congestion vasculaire ne s'appliquent pas à des cas, qui sont les plus fréquents de cette classe et où, comme dans l'observation VI, une papillite aiguë, opérée au bout de quinze jours dans des conditions alarmantes pour les fonctions oculaires, a guéri rapidement après la trépanation d'un sinus sphénoïdal absolument sain.

L'opération agit-elle par la saignée et la décongestion qui s'en suit. Nous ne le pensons pas. Car l'opération de Ségura-Hirsch, en particulier saigne peu en général ou d'une manière insuffisante pour que ce mécanisme puisse être invoqué.

On a dit, en se basant sur quelques cas d'amélioration momentanée des troubles visuels après l'application simple de cocaïne-adrénaline dans la fosse nasale et particulièrement le long du cornet moyen, que l'opération agissait surtout par l'action vasoconstrictive de l'adrénaline. C'est possible.

Il nous paraît — et là encore nous insistons sur le caractère hypothétique de l'explication — que l'opération intervient dans ces cas par son action directe sur les terminaisons nerveuses, filets du nasal interne, du sphéno-ethmoïdal, du sphéno palatin, du nasal postérieur et inférieur, indirecte sur le ganglion sphéno-palatin. En particulier nous croyons ici, jusqu'à nouvel ordre, à l'influence du sympathique. Sans faire avec Bonnier, des fosses nasales et de la région du cornet moyen en particulier, le centre de toute la pathologie, il est évident que l'innervation nasale joue un grand rôle dans nombre de processus ou de réactions générales, à point de départ nasal. En particulier le sympathique paraît y jouer un rôle prépondérant ou du moins très important.

Ceci explique peut-être certains cas de guérison obtenus par la résection du cornet moyen. Aussi est-ce une raison de plus pour faire cette résection à la fin de l'observation, comme nous l'avons dit.

Mais, ainsi qu'on le sait, cette résection ne suffit généralement pas. Peut-être l'action sur les terminaisons nerveuses a-t-elle besoin d'être plus intense, comme celle qui résulte d'une opération plus étendue et plus longue (1).

En tout cas, une intervention plus large a en outre l'avantage de permettre la vérification du système sinusal postérieur, du sinus sphénoïdal en particulier, vérification que, malgré la rareté relative de constatations positives, il est absolument indiqué de pratiquer.

1. Peut-être est-ce aussi de cette manière — par action sur le sympathique vasomoteur — que s'expliquent les améliorations temporaires, par application simple de coca-adréaline.

---



## FAITS CLINIQUES

---

### DEUX NOUVEAUX CAS DE NÉVRITE OPTIQUE RÉTRO-BULBAIRE TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR OPÉRATION ENDO-NASALE (RÉSECTION DE LA PARTIE POSTÉRIEURE DU CORNET MOYEN).

Par le Dr **SARGNON**

---

*Travail reçu le 18 décembre 1923.*

---

Nous avons observé jusqu'ici 9 cas de névrite optique d'origine nasale certaine ou probable, par lésion de la partie postérieure du nez, notamment sinusienne.

Dans deux cas l'ablation de la partie postérieure du cornet moyen ne nous a rien donné; dans les autres nous avons obtenu de bons résultats. Voici nos deux derniers cas extrêmement intéressants, l'un, surtout car il s'agissait d'une forme bilatérale.

Le premier cas est bilatéral (Sargnon et Jacqueau). Il a été présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon en novembre 1923.

M. R..., 17 ans, bonne santé habituelle, sujet aux rhumes de cerveau sans suppuration.

En juin 1923, diminution de la vision à droite sans douleurs, puis bientôt l'œil gauche se prend. Le malade examiné à ce moment à Annecy et à Genève, montre nettement du pus dans le méat moyen gauche; la réaction de Wassermann est négative. Le 12 juin, l'œil droit a une vision de  $1/10$  et l'œil gauche de  $1/2$  à  $2/3$ . Scotome central douteux. En août, scotome central plus accentué pour les couleurs. On a pensé aussi à une possibilité de tumeur cérébrale; on a conseillé même la trépanation décompressive.

Le 13 octobre 1923, le malade est examiné à Genève et l'on constate du pus dans la fosse nasale gauche. La radiographie est négative; elle montre cependant de l'asymétrie des sinus sphénoïdaux. La vision baisse progressivement. Elle est évaluée à Genève, à droite, à  $1/200$ , dit le malade.

Nous examinons le malade le 26 octobre 1923, et constatons du pus net dans tout le méat moyen gauche et sur le cornet moyen gauche avec des croûtes de la région ethmoïdo-sphénoïdale. A droite, gros cornet inférieur et après adrénalisation intense, on constate une dévia-

tion postérieure de la cloison au niveau de la région ethmoïdo-sphénoïdale avec un peu de muco-pus à cet endroit. L'éclairage des sinus maxillaires est négatif.

L'examen du Dr Jacqueau, fait le 26 octobre 1923, montre une atrophie optique double en évolution. Le faisceau maculaire est surtout intéressé (scotome central très net à la lumière atténuée), pupille droite un peu dilatée, réflexe conservé, pas de vice de réfraction. Vision : O. D. = O., O. G. = 2, 50/50.

Désinfection du malade pendant deux jours par des inhalations et des pulvérisations de nosol (avec adrénaline).

Le 29 octobre 1923, opération à la clinique, sous anesthésie locale cocaïnique par tamponnement, ablation de tout le cornet moyen en insistant sur la partie postérieure; hémorragie moyenne arrêtée par tamponnements successifs qui permettent de faire une opération lente, bien repérée, *sans tamponnement post-opératoire*.

Pas d'amélioration visuelle immédiate. Le 30, amélioration visuelle nette à gauche. Le malade peut lire les grosses lettres du journal d'un demi-centimètre de haut. Aucune amélioration à droite.

31 octobre 1923, opération de la narine droite sous anesthésie locale par adrénaline et cocaïne, par tamponnement, puis application de Bonain. Dans un premier temps, *résection des deux tiers postérieurs du cornet inférieur*; dans un deuxième temps *résection au strycken et à l'emporte-pièce de la crête de cloison postérieure*. Tamponnements hémostatiques successifs pour permettre une opération bien repérée. On cherche alors la *partie postérieure du cornet moyen qui est atrophiée, très réduite par l'adrénaline*. On n'intervient donc pas sur la région de la *partie postérieure du cornet moyen se réservant de la faire dans un temps ultérieur en cas de nécessité*.

De suite après l'opération, le malade qui distinguait seulement les doigts, peut lire à droite les grosses lettres du journal *Excelsior*, lettres de 2 centimètres de haut. Pas de tamponnement post-opératoire, suintement hémorragique notable pendant plusieurs heures, hémostyle par la bouche.

1<sup>er</sup> novembre, amélioration notable de la vision des deux côtés; à droite, il peut lire des titres de journaux de 1 centimètre de haut et à gauche de 5 millimètres, avec difficulté d'ailleurs.

2 novembre, amélioration nette, surtout à gauche. Depuis vingt-quatre heures il distingue de son lit le trolley du tramway. Pas de température, suites immédiates normales.

5 novembre, le malade voit à droite, des lettres de journal d'un demi-centimètre de haut. Avec les deux yeux, il peut lire une petite partie du journal, mais pas les caractères fins. Le cornet moyen gauche a été totalement enlevé, sauf un petit point postérieur. Ce qui reste du cornet inférieur s'accole à la cloison; il y a lieu de surveiller la formation d'adhérences.

Ablation à l'anse froide de débris sphacelés du cornet inférieur à droite.

L'examen du Dr Jacqueau, pratiqué le 7 novembre montre le fond d'œil, et le nerf optique toujours pâle à droite, il paraît normal à gauche, le calibre des vaisseaux également. L'acuité est à droite de 1/30 et à gauche de 2, 50/30. Le champ visuel est sensiblement normal, à la

périphérie des deux côtés. A droite persistance d'un scotome central qui était inappréciable au premier examen faute de vision suffisante. A gauche, diminution considérable du scotome central presque disparu. Les couleurs sont perçues, sauf le vert qui est plus ou moins confondu avec le rouge.

Le malade écrit au début de décembre que l'amélioration visuelle continue lentement, mais nettement.

Le 2<sup>e</sup> cas est *unilatéral* ; il a été vu avec le Dr Colrat et présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon le 21 novembre 1923.

Il s'agit d'un homme de 34 ans que le Dr Colrat a eu l'occasion de voir le 7 novembre 1923 pour une baisse de la vision de l'œil droit remontant au mois d'août dernier. Le malade très intelligent interprétait très bien ses troubles et racontait qu'il voyait au centre de son champ visuel droit un espace plus sombre, où il ne distinguait plus les couleurs. Le diagnostic de scotome relatif de l'œil droit était facile à poser. Il se vérifiait d'ailleurs au périmètre. L'acuité visuelle de l'œil droit était de 4/10 et remontait à 5/10 avec un cylindre de + 1 D à 90°. A gauche acuité de 1.

L'examen du fond d'œil montrait, par comparaison, un très léger flou de la partie temporale de la papille droite, par rapport à la papille gauche qui était normale. Le malade niait absolument la spécificité. Il avouait, par contre, des habitudes éthyliques nettes remontant à plusieurs années. Le diagnostic le plus probable semblait donc être celui de névrite optique d'origine alcoolique. Toutefois, l'unilatéralité de la lésion, l'intégrité de l'œil gauche nous a incité à chercher ailleurs et à voir si l'on pouvait trouver au niveau de son nez ou de ses sinus postérieurs la cause de ce scotome central, relatif et unilatéral.

Nous constatons une dégénérescence polypoïde de la queue du cornet moyen, mais sans suppuration apparente ethmoïdale. Cette lésion siégeant uniquement à droite, il nous a semblé qu'une opération s'imposait.

Nous pratiquons le 16 novembre 1923 la résection du cornet moyen. Immédiatement après l'opération, le malade peut lire le journal, alors que le jour du premier examen, il ne pouvait pas déchiffrer les caractères correspondants de l'échelle de Wecker.

A l'examen, le 17 novembre 1923, on constate que l'acuité a remonté de 4/10 à 8/10. Le malade lit, en outre, facilement les plus fins caractères de l'échelle de Wecker (sans verres). A l'examen, les deux papilles paraissent absolument semblables. Enfin, au périmètre, on ne constate plus qu'un léger agrandissement de la tache aveugle.

## CONCLUSIONS

Ces deux observations présentent quelques particularités intéressantes :

1° Le nombre des complications optiques et notamment des névrites rétro-bulbaires consécutives aux lésions plus ou moins

latentes du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal est plus fréquent qu'on ne le croit.

2° En cas de doute, en l'absence d'autre diagnostic précis, toutes les recherches cliniques habituelles ayant été faites, les lésions infectieuses d'origine dentaire ou pharyngo-buccale étant éliminées, on est en droit d'essayer le traitement endo-nasal, à condition que ce traitement ne soit pas dangereux au point de vue vital.

3° Pour le traitement chirurgical, les uns considèrent le sphénoïde comme la cause principale de l'infection (Segura, Wildenberg) et préfèrent l'ouverture des deux sphénoïdes par voie endo-septale.

Nous faisons jouer le rôle principal à l'infection ethmoïdale, comme d'ailleurs une partie de l'Ecole Belge et nombre de nos collègues français. Aussi nous utilisons la résection de la partie postérieure du cornet moyen. Cette opération est parfois hémorragique à cause de l'artère sphéno-palatine et de ses branches. Elle est inoffensive cependant entre des mains prudentes. Il faut éviter, si possible, le tamponnement post-opératoire, cause d'infection. Dans ces deux derniers cas, nous avons pu nous en passer.

4° Le but de la résection de la partie postérieure du cornet moyen, c'est de drainer le carrefour ethmoïdo-sphénoïdal ; on peut arriver au même résultat, sans toucher le cornet moyen, en réséquant une partie du cornet inférieur trop gros ou les crêtes postérieures de la cloison, cause de gêne postérieure ; d'ailleurs dans ce dernier cas, le cornet moyen refoulé peut être très petit, aplati, sa résection devient alors difficile, parfois impossible.

5° L'amélioration visuelle est parfois immédiate avec des résultats progressifs, d'autres fois l'amélioration survient seulement progressivement. Nous croyons qu'il faut surtout attribuer le résultat immédiat à l'hémorragie, véritable saignée au bon endroit, et les résultats plus ou moins éloignés au drainage et à l'aération du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal.

Cette heureuse action thérapeutique est probablement complétée par les modifications vasculaires survenant du fait de l'adrénalisation intense pré-opératoire et par l'action de l'opération sur les filets nerveux qui émanent du ganglion sphéno-palatin.

---



## HERNIES ET FUNGUS CÉRÉBRAUX D'ORIGINE OTIQUE (1)

Par le Dr **SARGNON**

---

(Mémoire reçu le 11 décembre 1923).

---

Jusqu'aux travaux de Leriche pendant la dernière guerre, on considérait ces complications encéphaliques, (d'ailleurs très rares en matière otitique, beaucoup plus fréquentes en grande chirurgie), comme dues habituellement aux trépanations trop larges avec hypertension intra-cranienne. Leriche, pendant la guerre, a montré, au contraire, que ces lésions étaient surtout fonction de trépanations insuffisantes s'accompagnant également d'hypertension.

Nous avons observé et guéri récemment 2 cas otitiques : l'un de fungus, l'autre de hernie cérébrale, en appliquant les données opératoires de Leriche. Après un exposé rapide de ces deux observations, nous en déduisons en quelques lignes les principales données étiologiques, anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques.

OBSERVATION I. — (Mastoïdite compliquée de phlébite du sinus d'abord pariétale, puis centrale, phlébite gangréneuse amenant la fonte de la dure-mère temporale, méningite concomitante, guérison de la méningite par intervention, guérison du fungus cérébral infecté, plastique ultérieure portant sur le conduit rétréci, par Sargnon et Binet).

Il s'agit d'un enfant de 13 ans opéré de mastoïdite par le Dr Binet le 17 juillet 1921, pour otite moyenne suppurée droite datant de cinq ans et brusquement réchauffée. Continuation des accidents thermiques trois jours après l'opération.

Deuxième opération, par Sargnon et Binet, le 26 juillet 1921. Mise à nu du sinus dans sa portion verticale. Il présente une plaque sphacelique superficielle empiétant sur la dure-mère. La température continue à osciller avec des frissons.

Troisième opération, le 30 juillet 1921, par Sargnon et Binet. Ligation de la jugulaire interne rendue difficile par des ganglions inflammatoires, la veine est aplatie sans une goutte de sang. Agrandissement de la brèche osseuse, l'os est malade sur tout le pourtour, la dure-mère cérébrale est intacte, le sinus complètement sphacélé, on l'excise. La paroi interne du sinus est elle-même sphacélée et l'on craint déjà une perforation. En bas, on résèque au davier-gouge presque jusqu'au golfe car le thrombus descend jusqu'à cette région. Très grosse amélioration. La température tombe. Abscès de fixation. Vaccins multiples. Mais la plaque de sphacèle continue à évoluer.

Le 11 août, hernie cérébrale et écoulement de liquide céphalo-rachidien. Vomissements. Le 13, la ponction lombaire est louche. Quatrième opération, le 14 août, par Sargnon, Duvernois et Heitz : vaste fungus gangréneux ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, étranglée par le collet osseux. Suivant les idées de Leriche, on résèque très largement le collet. L'os est malade, gangréneux et la plaque de sphacèle a envahi sous l'os du côté de la partie horizontale du sinus. On ouvre cette portion du sinus, elle contenait un caillot sphacelique.

Les premiers jours, les suites opératoires sont mauvaises, les signes méningés continuent malgré les bains et les ponctions lombaires répétées. On fait d'urgence une transfusion du sang. La température tombe. Le 21 août, la température est de 37°8. On vide l'abcès de fixation, le liquide céphalo-rachidien est toujours louche. Amélioration progressive. Au début d'octobre, la plaie se cicatrise bien et la hernie cérébrale se rétracte.

Le 27 janvier 1922, opération par Sargnon et Binet de plastique du conduit otitique très rétréci. On laisse un orifice postérieur comme soupape de sûreté, car l'oreille continue à suppurer. Une plaque métallique garnie de peau protège la hernie cérébrale qui est fermée par du tissu mince, cicatriciel.

Le malade n'a jamais présenté de crises épileptiformes. A noter qu'ultérieurement, en 1922, nous avons revu le malade souffrant de la tête à la suite d'un voyage. Un lavage d'oreille fait sans forcer, pour laver la caisse, amène une issue de liquide céphalo-rachidien qui cesse en trois jours sans amener de complications méningées. Le malade reste actuellement guéri.

Cette observation a été publiée au Congrès international d'Otologie de Paris 1922.

OBSERVATION II. — En 1922 et 1923, nous avons observé, avec M. le médecin-major Bertin, le cas suivant :

Opération mastoïdienne, réopération. Hernie cérébrale. Insuccès de la compression et de la radiothérapie. Ablation de la collerette osseuse, pas d'amélioration nette. Méningite, guérison, réopération sur la collerette osseuse, guérison progressive.

Voici d'ailleurs les détails de cette observation qui a été présentée à la Société des Sciences médicales de Lyon le 30 mai 1923.

Arabe, 22 ans. Début des accidents assez obscurs, fin juillet 1922. Entrée à l'hôpital militaire de Desgenette le 2 août 1922. Fièvre, écoulement de l'oreille gauche ; trépanation classique et négative de

la mastoïde le 21 août 1922, la température ne cède pas. Apparition ultérieure d'une paralysie faciale.

Etant donnée la persistance de la fièvre, on réintervient : mise à nu de la dure-mère et ponction en vue du dépistage d'un abcès possible. La ponction est négative. La fièvre tombe les jours suivants par la quinine ; paludisme probable.

Au cours des pansements consécutifs, un bourgeon apparaît, pris pour un simple bourgeon charnu qu'on cautérise et qu'on excise, mais il récidive rapidement et grossit. C'est alors un fungus cérébral. L'examen histologique ne révèle pas d'éléments nerveux dans la masse fibreuse qui, très rapidement, prend le volume d'un œuf de pigeon. La tumeur a un aspect sphacélique, malodorant. Pansements antiseptiques, sérums antigangréneux. Aucun signe cérébral ou cérébelleux. Le malade ne garde pas le lit, cinq séances de radiothérapie intensive ne donnent pas de résultat. La tumeur tend plutôt à augmenter.

Nous voyons alors le malade et le 29 janvier 1923, nous pratiquons l'intervention suivant la technique de Leriche : Anesthésie à la cocaïne. Incision postérieure et mise à nu du collet osseux qui étranglait la tumeur. Incision supérieure en vue également de dégager le pédicule. A la pince-gouge, ablation d'une collerette osseuse sur un centimètre dans toute la périphérie, sauf en avant. Ablation au bistouri d'un segment de la tumeur qui paraît être du tissu fibreux sans éléments nerveux. Pansement à plat à l'alcool.

Amélioration peu appréciable à la suite. Il semble que l'étranglement persiste.

Du 27 janvier au 1<sup>er</sup> février, injections quotidiennes de sérum, notamment de perfringens. Le 13 février, température de 39, vomissements. Le 14, la ponction lombaire donne du liquide louche avec de nombreux polynucléaires : un tiers de mononucléaires, pour deux tiers de polynucléaires. Pas de microbes, culture négative. La température tombe au bout de sept jours.

Nouvelle intervention le 29 mars 1923, car la hernie cérébrale est toujours très volumineuse et elle est étranglée par le collet osseux. Ablation sous novocaïne, incisions multiples pour dégager l'os, résection de 2 centimètres du pourtour osseux sur toute la périphérie. L'os est malade, atteint d'ostéite ; en bas il est éburné. Le sinus latéral est aplati, thrombosé, on ne l'ouvre pas. La dure-mère est bien dégagée car le collet osseux est nettement enlevé. On nettoie à la curette un foyer fongueux dans l'oreille moyenne. Pansements à plat. Affaiblissement progressif de la tumeur. En effet, l'épidermisation est presque complète.

Il persiste cependant encore un point osseux nécrosé. Au point de vue fonctionnel, bon état général, bon appétit. Pas de troubles moteurs, ni sensitifs. Sensations vertigineuses. Impossibilité de la station sur un pied les yeux fermés. Surdité totale à gauche. A noter que le traitement spécifique avait été fait dans le doute.

Voici donc les deux cas intéressants que nous avons observés :

1<sup>o</sup> *Considérations cliniques.* — Il est exceptionnel d'observer des

hernies ou des fungus cérébraux comme complications des opérations sur la région mastoïdienne. Dans notre pratique civile, nous avons observé des centaines de mastoïdites, et à l'hôpital Desgenette, pendant la guerre, avec M. Lannois, nous en avons traité un très grand nombre. Ce sont les seuls cas où nous ayons eu une hernie ou un fungus cérébraux.

Les observations signalées sont très rares. Nous ne voulons pas faire ici de recherches bibliographiques.

2° *Considérations anatomo-pathologiques.* — Le fungus cérébral otitique est dû au sphacèle dans les formes gangréneuses-phlébitiques ou péri-phlébitiques. La dure-mère s'infecte ainsi que la paroi interne du sinus latéral qui, lui-même, n'est qu'un dédoublement de la dure-mère. Naturellement, la méningite survient, conséquence fatale du fungus, car les espaces dure-mériens n'ont pas eu le temps de se cloisonner.

La hernie cérébrale, dans le cas que nous avons observé avec M. Bertein, n'est pas fonction d'opération mastoïdienne trop large. Nous croyons plutôt qu'il s'agit dans ce cas-là, purement et simplement de phénomènes d'hypertension. D'ailleurs la lésion a guéri par des trépanations beaucoup plus larges, décompressives.

A noter que dans les deux cas, il y avait un véritable collet osseux enserrant le fungus et la hernie et amenant des complications anatomo-pathologiques. Ajoutons que ce collet osseux était atteint, au moins par places d'ostéite. Le collet osseux masquait, pour le cas du fungus, une extension des phénomènes gangréneux, sinusiens et périsinusiens du côté de la portion horizontale du sinus. Pour la hernie cérébrale, le collet osseux avait amené en arrière une fonte rapidement progressive de la dure-mère, d'où méningite consécutive.

Dans les deux cas, nous avons eu méningite. Chez l'adolescent : elle est due naturellement à la fonte de la dure-mère par gangrène ; chez notre militaire atteint de hernie cérébrale, la méningite a été produite par le collet osseux qui ulcérait les enveloppes méningées en arrière. Le collet est un véritable agent d'étranglement.

3° *Considérations thérapeutiques.* — Notons tout d'abord, pour notre cas de hernie cérébrale, l'insuccès des traitements habituels ; compressions, radiothérapie. Une excision partielle de la hernie dans sa portion fibreuse jointe à la résection de la moitié inférieure de la tumeur n'a pas suffi. Il a fallu faire une résection très large de tout le pourtour du collet pour amener la guérison.

Dans le cas du fungus, nous avons appliqué de suite la résec-



tion large du collet suivant les idées de Leriche et nous n'avons pas eu à y revenir.

Ces deux observations montrent également, notamment celle du fungus, que les complications multiples graves des mastoïdites, notamment la méningite, la phlébite du sinus survenant l'une après l'autre, ne sont pas au-dessus des ressources de la thérapeutique chirurgicale actuelle. Par des interventions larges, répétées et faites d'extrême urgence, on peut arriver à guérir des cas en apparence désespérés. Nous avons insisté sur cette curabilité au Congrès international d'Otologie de Paris en juillet 1922.

---

# POLYPE KYSTIQUE GÉANT INTRASINUSAL

PAR

**L. HALPHEN**

et

**R. RAOUL**

Laryngologiste,

Interne provisoire,

des Hôpitaux de Paris.

---

*Mémoire reçu le 10 février 1922.*

---

OBSERVATION. — Madeleine B..., âgée de 17 ans, est venue consulter à l'hôpital Saint-Louis pour une otorrhée et à l'occasion d'un examen détaillé qui fût fait pour rechercher la cause de sa suppuration auriculaire, nous avons découvert la présence de pus dans le méat moyen droit.

Aucun symptôme fonctionnel ne pouvant faire supposer l'existence d'une sinusite, en dehors de quelques céphalées fugaces et d'un léger coryza, et ni la fréquence, ni l'abondance de l'écoulement n'avait attiré l'attention de notre jeune malade. Aucune autre lésion de la fosse nasale n'a pu être décelée ; les cornets sont normaux, il n'y a pas de polypes, la muqueuse paraît saine.

Mais la diaphanoscopie et la radiographie montrent un sinus maxillaire droit complètement opaque.

La ponction du sinus pratiquée au lieu d'élection laisse écouler spontanément, par le trocart, en jet, puis en gouttes pressées, un liquide séreux, citrin, pareil à du liquide pleural, sans odeur. Aucun lavage n'est alors pratiqué.

Quinze jours après, nouvelle ponction suivie du même résultat et d'une hémorragie qui n'est complètement arrêtée qu'au bout de trois jours.

Devant cette issue de liquide sous pression, nous avons pensé à la possibilité d'un volumineux kyste dentaire s'étant développé vers le sinus maxillaire.

Une nouvelle radio faite par le Dr Surrel montre toujours une opacité de sinus et aucune image qui puisse faire penser à l'existence d'un kyste paradentaire.

Une nouvelle ponction pratiquée à quarante-huit heures d'intervalle ramène à nouveau le même liquide citrin et cette fois un lavage pratiqué par le trocart fait sourdre par le méat moyen des flocons épais de pus verdâtre et mal odorant.

*Ainsi la ponction fait gicler une sérosité citrine et la pression du lavage par le trocart ramène du pus.*

L'intervention est alors décidée après un dernier examen nasal qui montre l'absence de toute transformation polypeuse et l'absence également d'une modification quelconque de la muqueuse.

Le 19 janvier, sous anesthésie locale, le sinus est ouvert au lieu d'élection. La cavité est remplie de liquide séro-purulent, filant, et sur la paroi interne du sinus repose une volumineuse poche blanche, affaissée mais contenant encore un peu de liquide. Tout autour de nombreuses fongosités. Curettage habituel du sinus et tamponnement.

Guérison en quelques jours sans complications. A l'examen histologique, la poche kystique apparaît formée par un épithélium cylindrique sous lequel se trouve du tissu conjonctif normal. La coupe a montré dans les autres parties du prélèvement, l'image histologique habituelle des masses polypeuses.

Cette observation nous a paru intéressante à publier. On connaît de longue date les sinusites maxillaires à sinus remplis de pus et de masses polypoïdes sous pression « sinusites bloquées » dont le lavage ne peut être obtenu que par la mise en place de deux trocarts dans le méat inférieur. On connaît les volumineux polypes antro-choanaux, polypes géants dont le point d'insertion est sinusal, qui passent par l'ostium en usant un peu les bords, s'y étranglent au passage, puis s'étalent dans le rhinopharynx en prenant à cause de la constriction vasculaire qu'ils ont subie un caractère kystique. Got dans la *Revue de Laryngologie* vient d'en publier deux nouveaux cas. Ces volumineux polypes s'insèrent toujours dans un sinus infecté, ce que la ponction après la diaphonoscopie et la radiographie montre aisément.

Mais ce qui est moins classique, c'est cette ponction du sinus maxillaire qui à chaque fois pénètre dans la masse kystique et s'accompagne d'un jet sous pression de liquide clair, puis lorsque cette ponction est suivie de lavage, l'issue par l'ostium, sans trop de difficulté d'un pus sinusal, bien lié et mal odorant. L'examen anatomique sur la table d'opération en a donné immédiatement l'explication aisée, que la clinique ne pouvait fournir.

---

PYODERMITE A FORME PUSTULEUSE LIMITÉE  
A UNE RÉGION MASTOÏDIENNE  
AYANT APPARU A LA SUITE D'UNE OTITE  
MOYENNE PURULENTE AIGUE

Par **R. JOUSSEAUME.**

Interne des Hôpitaux de Paris.

---

(Mémoire reçu le 26 décembre 1923).

---

Nous avons observé récemment à l'hôpital Bretonneau (service du professeur agrégé Mathieu) une pyodermite de la région mastoïdienne droite que nous croyons intéressante par ses caractères cliniques, sa localisation et sa coexistence avec une otite moyenne purulente aiguë du même côté.

L'enfant R... René, âgé de 4 mois 1/2, est amené le vendredi 29 octobre 1923 à l'hôpital Bretonneau vers une heure de l'après-midi, pour une tuméfaction occupant la région mastoïdienne droite et envahissant le pavillon et la région cervicale droite.

*Antécédents.* — L'enfant né à terme est nourri au sein. Il a été bien portant jusqu'aux premiers jours d'octobre. A ce moment un peu de pus s'écoule par les deux conduits auditifs externes. La mère a montré son enfant au Dr Macé, accoucheur de l'Hôtel-Dieu qui l'a envoyé au bout de quelques jours à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital des Enfants-Malades. A ce moment la mère déclare que son enfant avait déjà des « rougeurs » derrière les deux oreilles. On lui aurait prescrit des lavages au nitrate d'argent (solution faible) deux fois par semaine et l'application de pommade de Duret, et pommade à l'oxyde de zinc parties égales... La mère est retournée le lendemain à l'Hôtel-Dieu et là le Dr Macé, voyant la tuméfaction mastoïdienne augmenter, a envoyé l'enfant le 19 octobre à l'hôpital Bretonneau.

*19 octobre.* — A son arrivée à l'hôpital, l'interne de garde constate un écoulement purulent de l'oreille gauche. Du côté droit l'écoulement s'est arrêté depuis trois jours, mais il existe une tuméfaction mastoïdienne avec pustules ; aussi pense-t-il à une mastoïdite en voie d'extériorisation et appelle le Dr Halphen : celui-ci voit l'enfant vers 4 heures de l'après-midi.



La température est à 39°, 2 ; il juge qu'il y a surtout pyodermite et n'intervient pas.

20 octobre. — La température est à 39° ; l'enfant est revu par le Dr Halphen et montré au Professeur agrégé Debré et voici ce que l'on constate :

*Examen.* — Dans la région mastoïdienne droite une large tuméfaction envahissant la face postérieure du pavillon qui est augmenté de volume et déjeté en avant.

La face antéro-externe du pavillon est normale. La surface de cette tuméfaction est rouge, suintante ; il n'existe pas de bourrelet. On remarque dans le sillon rétro-auriculaire empiétant sur la face postérieure du pavillon et la région mastoïdienne des pustules à contours polycycliques, confluentes formant un placard grisâtre purulent. On constate l'existence de trois ou quatre éléments sur la face latérale du cou et dans la région sus-claviculaire droite, éléments plus isolés qui rappellent les éruptions de vaccine généralisée. Il n'y a pas d'écoulement purulent de l'oreille droite. Le tympan est rouge et cicatriciel.

Ajoutons que les deux faces latérales du cou sont rouges, mais non suintantes, ni purulentes, légèrement squameuses. Ces deux surfaces eczémateuses se rejoignent à leur partie inférieure en avant et en arrière formant une sorte de collier. De l'oreille gauche s'écoule un peu de pus, il y a un peu d'irritation cutanée du conduit auditif externe et de la conque, la région mastoïdienne gauche est un peu rouge, mais non tuméfiée.

Il existe aussi de l'érythème sous les aisselles droite et gauche, et au niveau du siège, mais il n'existe pas de phlyctènes purulentes ailleurs que dans la région mastoïde cervicale droite.

Enfin l'état général de l'enfant est satisfaisant. Pas de troubles digestifs. Il aurait été vacciné au bras gauche il y a huit jours : aucune éruption locale.

On fait un ensemencement sur gélose du pus des pustules et aussi, pour éliminer le diagnostic peu probable de vaccine généralisée, un frottis du pus sur la peau d'un lapin.

Le diagnostic posé à ce moment est pyodermite à forme pustuleuse de la région mastoïdienne droite survenue dans un territoire cutané où existait déjà un eczéma chronique squameux dû à une auto-intoxication d'origine dyspeptique. L'otorrhée droite ayant causé une infection cutanée particulièrement virulente à la faveur des lésions déjà existantes.

On prescrit des lavages avec l'eau d'Alibour étendue de quatre fois son volume d'eau et pansements secs.

21 octobre. — Température 38°, 2. Rougeur moindre. Pustules persistent.

22-23 octobre. — La température se maintient à 38°, 3, 38°, 4. Sensible amélioration locale. Tuméfaction moindre du pavillon. Pustules améliorées.

25 octobre. — Amélioration s'accroît. La température monte cependant le soir à 39°, 2. On continue les lavages avec l'eau d'Alibour, puis après assèchement saupoudrage à l'aristol.

26 octobre. — Sensible amélioration locale. Température tombe

à 37°,2, mais une éruption rubéoliforme apparaît. Pas de catarrhe oculo-nasal, pas de Koplick. L'enfant est transporté au pavillon des douteux. On continue les mêmes pansements.

29 octobre. — L'éruption a disparu. Diagnostic porté par le Dr Debré : rubéole ou éruption artificielle causée par aristol. Jours suivants cicatrisations continues.

Repasse le 30 octobre dans le pavillon de chirurgie.

6 novembre. — Cicatrisation presque terminée ; il persiste seulement une petite zone strictement limitée du sillon rétro-auriculaire de 1 centimètre environ de long débordant le sillon de chaque côté de 2 à 3 millimètres seulement. Eczéma sec persiste dans les régions cervicales. Pas d'écoulement par l'oreille droite. Tympan d'aspect cicatriciel. Léger écoulement persistant de l'oreille gauche. Température 37°,2.

Quitte l'hôpital.

La culture n'a laissé pousser que du staphylocoque. Frottis sur lapin n'a pas donné de résultats.

8 novembre. — Cicatrisation complète. Eczéma sec persiste. Oreille droite sèche. Léger écoulement persiste du côté gauche.

CONCLUSIONS. — Nous croyons cette observation intéressante pour plusieurs raisons :

1° Par l'existence d'une pyodermite à forme pustuleuse limitée à une région mastoïdienne et qui par sa coexistence avec une otite moyenne purulente a pu faire songer à une mastoïdite en voie d'extériorisation ;

2° Par le fait que cette infection cutanée locale a probablement été causée par ce même écoulement otogène ;

3° Enfin nous pensons qu'une intervention même limitée à une incision cutanée exploratrice mastoïdienne n'aurait pu avoir que de mauvaises conséquences, causant sans doute une surinfection locale et peut-être une infection des territoires cutanés voisins déjà eczématisés.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

14 décembre 1923.

### M. A. NEPVEU. — **Diverticule de l'œsophage.**

Malade de 76 ans, chez laquelle les premiers symptômes (régurgitation, etc.) sont apparus il y a neuf ans. La radiographie, faite par le Dr Ledoux-Lebard, montre un diverticule de la grosseur d'un œuf de poule, prenant origine à la partie postérieure de l'œsophage. Etant donnée l'absence de troubles présentés par la malade et l'âge de celle-ci, l'auteur croit l'abstention chirurgicale indiquée.

### G. A. WEILL. — **Inscription des mouvements réactionnels.**

L'auteur nomme déviation inscrite (D.I.) l'ensemble des tracés obtenus pendant la recherche de l'indication. Il donne les détails qui permettent de tirer de cette épreuve les résultats les plus nets : 1° comme complément des épreuves vestibulaires ; 2° comme moyen d'interroger la fonction otolithique.

### A. BLANCHARD. — **Du traitement anti-syphilitique en oto-rhino-laryngologie.**

M. Blanchard dit à propos de l'accident primaire spécifique qu'il n'est pas si rare dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie qu'on l'a prétendu ; des accidents secondaires ou tertiaires dermatropes ou neurotropes qui y sont journellement rencontrés, de sujets dont la contagion spécifique est très probable, après contrôle médical.

M. Blanchard passe en revue les traitements, que dans certaines circonstances, le spécialiste oto-rhino-laryngologiste aura à conduire lui-même : a) traitement préventif de la spécificité ; b) traitement abortif ; c) traitement d'assauts ; d) traitement de sécurité ; e) traitement de la neuro-syphilis des centres sensoriels intéressant l'oto-rhino-laryngologie.

Le traitement thérapeutique n'est ici envisagé, qu'en ce qui concerne l'action médicamenteuse du novarsénobenzol, à doses progressivement croissantes, (injections intra-veineuses) ou à faibles doses journalières et prolongées) (injections sous-cutanées ou intra-musculaires), des injections intra-veineuses de Cy Hg au 1/100, ou de l'huile grise argentique (Arquérital) dans les masses musculaires, de l'action de

Iode, sous forme de solution de Lugol, ou d'iodure de potassium, bien que l'iode n'ait pas, à proprement parler, d'effet tréponémicide.

**G. WORMS. — Céphalées et troubles oculaires d'origine sinuso-nasale.**

Worms étudie, avec observations à l'appui, une série de troubles qu'on a l'habitude de rapporter depuis un certain temps à l'existence de sinusites latentes. Il s'agit de céphalées du type migraineux ou névralgique, de localisations variables fronto-orbitaire, syncipitale ou occipitale. A ces phénomènes douloureux s'associent fréquemment des troubles oculaires (asthénopie, larmoiement, rétrécissement du champ visuel, scotomes paracentraux, amblyopie légère) avec congestion conjonctivale et hyperémie de la papille.

L'attention n'est pas toujours attirée du côté du nez où on trouve souvent peu de chose. Aucun signe d'infection mais seulement parfois un défaut d'architecture (déviation de la cloison, crête, gros cornet moyen).

La diaphanoscopie et la radiographie demeurent presque toujours négatives. Seules, l'hypéresthésie localisée à certains points de la pituitaire (cornet moyen) et l'épreuve de la cocaïne permettent de faire un diagnostic étiologique certain.

Discutant la pathogénie de ces accidents, l'auteur, tout en reconnaissant qu'ils peuvent être d'origine obstructive (oblitération du canal naso-frontal, des cavités ethmoïdo-sphénoïdales) soutient qu'ils sont plus souvent encore fonction d'une perturbation du système trigémino-sympathique sous l'influence d'une irritation superficielle de la muqueuse ou d'une cause générale (humorale ou endocrinienne).

Dans la névrite rétrobulbaire aiguë, le succès des interventions sur les sinus postérieurs ne serait pas dû au traitement d'une sinusite qui n'existe pas, mais aux modifications apportées par l'opération au régime vasomoteur de la rétine, l'ouverture du sinus sphénoïdal étant le moyen le plus direct d'agir sur les fibres sympathiques dominant la circulation du nerf optique dans sa portion rétrobulbaire.

La plupart des céphalées et troubles oculaires légers cèdent à la cocaïnisation du méat moyen, à l'ablation de l'épine irritative. Les opérations plus importantes portant sur le sinus postérieur sont exceptionnellement indiquées dans ces cas. Elles ne mettent d'ailleurs pas à l'abri des récidives possibles.

HENRI CABOCHÉ a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de ces céphalées qu'on tend à ranger dans le cadre des sinusites postérieures (ethmoïdales et sphénoïdales). Il ne lui semble pas que la signification en soit aussi précise.

Cliniquement en effet, elles s'accompagnent parfois de symptômes positifs de sinusite postérieure révélée par l'examen habituel de la radiographie. Mais parfois ni les procédés d'investigation habituels ni la radiographie n'indiquent quelque lésion que ce soit.

Au point de vue thérapeutique, d'autre part, tantôt elles cèdent à de simples attouchements de la pituitaire et de ses méats à la solution cocaïne-adréaline, tantôt à une ouverture chirurgicale qui le plus souvent ne fait pas la preuve de la lésion anatomique. Tantôt, malgré



des lésions anatomiques réelles et la présence de mucopus dans le sinus sphénoïdal, la trépanation n'amène aucun soulagement (C'est ce qui nous est arrivé dans un cas personnel).

Et voici maintenant l'observation du Dr Worms qui nous apprend que la même trépanation du sinus sphénoïdal qui a réussi à faire disparaître une paralysie du moteur oculaire externe (non accompagnée de douleurs) contre laquelle elle était à juste titre, dirigée, a provoqué l'apparition de cette même céphalée qu'on lui demandait tout à l'heure de guérir.

Tout ceci montre que cette question de céphalées d'origine sinusale n'est pas au point et demande de nouvelles recherches.

Les phénomènes douloureux en question nous apparaissent présentement devoir bien plutôt être considérés comme un syndrome dont l'avenir nous apprendra vraisemblablement la variable signification.

M. LABERNADIE.

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE. SECTION DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 2 novembre 1923.*

**S. FRASER et DONALD WATSON. — Remarques sur 14 cas de cancers intrinsèques du larynx avec démonstration histologique** (Publié ultérieurement).

**J. DUNDAS-GRANT. — Un cas de cancer laryngé intrinsèque étendu chez une femme, guéri par la laryngectomie totale.**

Il s'agit d'une femme de 29 ans dont la lésion laryngée avait été prise d'abord pour de la tuberculose, mais une biopsie démontra l'existence d'un épithélioma typique. Après une laryngofissure la tumeur se montra inopérable par ce procédé et l'auteur enleva le larynx complet de bas en haut. Actuellement la malade peut se faire comprendre facilement sans appareil et poursuit ses occupations de vendeuse dans un magasin de draps.

### DISCUSSION

**J. COLLEDGE. —** La discussion porte la trachéotomie préalable, sur la mise en place d'une sonde nasale ou buccale; l'auteur utilise une canule de Lombard avec la modification de Moure. Il montre le larynx artificiel que Tapia a inventé, modèle de simplicité par excellence.

**WILLIAM MILLIGAN,** parle de la définition de la récurrence. Dans un de ses cas, la réapparition d'une tumeur laryngée ne peut être considérée comme une récurrence. Quel était l'anesthésie dans le cas mentionné? De nombreux opérés meurent de complications bronchopulmonaires que l'on devrait pouvoir éviter en choisissant le mode d'anesthésie le plus approprié.

**JOBSON HORNER.** — On parle trop facilement de récidence ; de même que les termes de cancers extra et intrinsèques sont souvent employés inexactement. Chez la femme le cancer intrinsèque est rare, par contre on observe assez fréquemment la forme extrinsèque. L'auteur ne considère pas le cas présenté comme un cancer intrinsèque, mais bien comme une forme extrinsèque, ayant envahi la glotte secondairement.

**IRWIN MOORE** demande des précisions sur l'histoire de ce cas ; pour quelles raisons avait-on posé le diagnostic de tuberculose.

**SAINT CLAIR THOMSON**, rappelle un cas présenté à la section de laryngologie en mai 1912 qui était une tuberculose pulmonaire avec des lésions laryngées pour lesquelles on ne put faire aucun diagnostic. L'auteur fit une laryngofissure et tomba sur un épithélioma sous-glottique inopérable (28 ans).

**J. DUNDAS GRANT** vit la malade peu de temps avant l'opération ; elle souffrait d'enrouement depuis plusieurs années. On utilisa l'anesthésie au chloroforme avec l'appareil Junker. L'auteur a vu pas mal de cancers intrinsèques chez des femmes, et la forme rétrocricoïdienne est une affection essentiellement de la femme.

**F.-F. MUECKE et H.-S. SOUTTAR. — Un cas de nez double.**

L'auteur a observé cette anomalie sur un enfant de 3 ans. Il existait deux nez l'un à côté de l'autre, chacun avec deux narines et sa propre cloison. A la racine de chaque nez, il y avait une petite dépression ronde que l'auteur interprète comme un vestige de la fissure lacrymale. Il n'y avait aucune autre malformation.

**SOUTTAR.** — Le problème était de faire de ces deux nez à situation paramédiane un nez médian. Excision des parties médianes de chaque nez y compris les narines, leur revêtement muqueux et accollement des deux cloisons. Fonction respiratoire parfaite, le nez étant trop épâté, une modification ultérieure sera nécessaire.

**J. DUNDAS-GRANT. — Un cas d'aphonie fonctionnelle ; guérison avec la manœuvre de Negus et l'assourdisseur de Barany.**

La malade, âgée de 30 ans, regagna la voix après quelques séances d'assourdissement et de l'exercice suivant : elle serrait ses mains en opposant une résistance à une personne qui essayait de les lui séparer ; pendant cet effort les cordes se rapprochaient plus facilement.

**JOBSON HORNE.** — S'agissait-il vraiment d'une aphonie fonctionnelle ? L'auteur met l'aphonie dans ce cas sur le compte de l'asthénie générale. La tuberculose pulmonaire est à rechercher.

**BANKS DAVIS.** — L'« aphonie fonctionnelle » est parfois le signe le plus précoce de la bacillose laryngée.

**H.-M. WHARRY** a essayé cette méthode avec succès et insuccès.

**SMURTHWAITE.** — La bacillose est à éliminer ; dans un cas d'aphonie fonctionnelle tout dépend du pouvoir de persuasion du médecin. L'assourdissement ne donne aucun résultat dans la forme spasmodique.

F. O'MALLEY. — **Un cas de fibro-lipome du larynx**, enlevé à l'anse galvanique chez un malade âgé de 60 ans; le siège de la tumeur était le repli ary-épiglottique gauche.

F. BRAYSHAW GILHESPY. — **Curiethérapie dans un cas de fibrosarcome du voile.**

Le malade, âgé de 47 ans, présentait une tumeur envahissant tout le voile. L'exérèse ne put être faite malgré la ligature de la carotide externe, à cause des adhérences nombreuses et l'hémorragie abondante. Après l'application répétée de radium (émanation) la tumeur régresa.

WODMAN serait heureux d'apprendre quelle est la ligne de conduite à suivre dans de pareils cas.

WILLIAM MILLIGAN conseille le radium, 12 tubes de 20-30 milligrammes chacun, application de vingt-quatre à trente-six heures.

DAVSON cite un cas analogue à point de départ amygdalien.

WILLIAM HILL est également partisan des doses massives de radium.  
A. QUIRIN.

### XXXIII<sup>e</sup> CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ HOLLANDAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE <sup>1</sup>

*Séance du 14 mai 1922.*

H. BURGER. — **Un cas de méningite suppurée guérie au cours d'une otite chronique.**

H. BURGER. — **Un cas de névrite rétrobulbaire guérie.**

Ethmo-sphénoïdite suppurée chronique chez une femme. Après l'opération, retour rapide de la vision.

H. BURGER. — **Opération radicale de Barany.**

Présentation d'un malade guéri.

Dans la discussion, les orateurs montrent peu d'enthousiasme pour la méthode.

W. POSTHUMUS MEIJES. — **L'air chaud dans les surdités consécutives aux otites aiguës et dans les processus inflammatoires des voies respiratoires supérieures.**

W. SCHUTTER. — **Mécanisme du vertige labyrinthique produit par influence psychique.**

Dans l'hypnose, on peut provoquer par suggestion du vertige rotatoire et de la déviation de l'index. Dans la neurasthénie, on peut, par

1. C. R. d'après *Zentrabl. f. Ohr*).

des respirations profondes, provoquer du vertige avec nystagmus. Dans ce cas, il doit se produire des troubles circulatoires labyrinthiques par suite de l'arythmie consécutive à la respiration. Leidler a vu souvent du vertige avec nystagmus chez les névropathes : il doit y avoir de l'hydropisie labyrinthique ou des modifications chimiques du liquide labyrinthique. Schutter pense que vertige et déviation de l'index sont tellement semblables dans l'hypnose et les rotations, que l'on doit admettre le même mécanisme dans les 2 cas, à savoir une irritation dysharmonique labyrinthique par le courant endolymphatique. On peut se figurer que les vaisseaux du réseau conjonctif, de la périlymphe et de l'endoste labyrinthique transmettent leurs mouvements à la périlymphe rythmiquement ou avec une intensité égale. Reste à savoir comment l'influx psychique rend asymétrique l'excitation symétrique normale. L'auteur pense qu'en réalité, à l'état normal, il n'y a pas symétrie absolue entre les deux moitiés du crâne, donc entre les conditions circulatoires des deux labyrinthes ; mais ces petites différences sont corrigées dès l'enfance par les autres moyens d'orientation. Il n'en est plus de même à l'état pathologique, comme dans les névroses ou quand la dysharmonie augmente, comme dans la respiration profonde.

STRUYCKEN. — Photographie du larynx.

GILSER. — Signification du canal crano-pharyngien.

STRUYCKEN et GUIX. — Abscès du pédoncule cérébelleux après évidement

Présentation de pièces microscopiques. Le sujet fut évidé en février 1907. Avant et après l'opération, il y avait du nystagmus spontané léger et une paralysie faciale périphérique. Oreille excitable à l'épreuve calorique. Guérison progressive. Le sujet peut travailler comme forgeron, présentant seulement de temps en temps de fortes céphalées. Treize ans après, céphalée, vomissement, diplopie, paralysie du VI<sup>e</sup> trouble de la déglutition. Puis perte de connaissance et mort. La trompe est nettement séparée de la caisse par un diaphragme, est élargie par du mucus et du pus. Cette suppuration s'était infiltrée entre l'os et le revêtement cutanéomuqueux de l'évidement et avait infecté le vestibule par la fenêtre ovale, après destruction de l'étrier. Cette infection devait dater de plusieurs années ; le labyrinthe, partiellement hyperostoté était rempli de granulations et de tissu conjonctif. Du vestibule l'infection s'est étendue au trou auditif interne, par l'intermédiaire du nerf sacculaire. Dans la substance cérébrale le recouvrant, se trouvait l'abcès, cependant séparé par du tissu en apparence normal. La fonction labyrinthique devait donc être totalement supprimée. Cependant quelques jours avant la mort, l'épreuve calorique influençait le nystagmus spontané. Il est possible que ce soit là en réalité l'effet de la direction imposée au regard et celui des réflexes cervicaux dus à la position imprimée à la tête.

DE KLEYN dit qu'en cas d'abcès du cerveau, il est vraisemblable que le nystagmus peut seulement être influencé par les nerfs sensibles : expérimentalement, il en est ainsi.



C.-E. BENJAMINS. — **Plastique de fermeture du canalicule lacrymal inférieur, trop incisé, dans l'opération de West et Toti.**

C.-E. BENJAMINS. — **Le polype saignant de la cloison nasale, en Europe et dans les pays chauds.**

En Europe il s'agit le plus souvent d'un angiofibrome avec structure caverneuse. Dans les pays chauds, on rencontre aussi une forme parasitaire (*Rhinosporidium* de Seeberg), dont les sporoblastes, en forme de petites vésicules, sont visibles à l'œil nu sous forme de points grisâtres.

E. HUIZINGA. — **1° Un cas d'hémorragie après amygdaléctomie, traité par la transfusion sanguine; 2° Angine gangreneuse.**

C.-M. HARTOG. — **Hémiplégie après insufflation d'air dans le sinus frontal.**

Probablement embolie aérienne. Les accidents ont duré une demi-heure.

G. BRATS. — **Trois complications de suppurations fronto-ethmoïdales.**

1° Méningite. Amélioration après l'ouverture large des cavités qui mit à nu la dure-mère frontale; 2° Méningite, notamment du sillon de Rolando; 3° Abscess frontal guéri par l'opération.

L. KAN. — **Eclat de verre dans le larynx d'un enfant d'un an.**

Extraction par laryngofissure, après trachéotomie d'urgence. Le corps étranger était nettement visible aux rayons X.

L. KAN. — **1° Ethmoïdite suppurée avec phlegmon orbitaire. 2° Inoculation vaccinale accidentelle du pavillon et du conduit auditif externe.**

## SOCIÉTÉ D'OTO-LARYNGOLOGIE DE BERLIN (1).

*Séance du 18 mars 1923.*

PEYSER. — **Sinus latéral superficiel, découvert à l'opération.**

La rugination du périoste amène l'ouverture du sinus. Il s'agissait d'une mastoïdite aiguë avec vaste poche purulente et adhérence du sinus au périoste.

1. D'après *Zentralbl. f. Hals.*

**BLUMENTHAL.** — 1° Fermeture des ouvertures rétro-auriculaires permanentes ;

2° Nouvelle manière de drainer après ouverture de la mastoïde.

C'est tout simplement le procédé belge, bien connu, de drainage par le conduit.

**HALLE.** — Lésions optiques après opération sur le nez et l'orbite.

Halle ajoute à ses deux cas déjà publiés d'amaurose persistante (après injection de novocaïne dans l'orbite, faite pour anesthésie régionale du nerf ethmoïdal antérieur), 4 autres cas analogues dont 2 personnels. Dans l'un l'amaurose permanente survint après injection de 1 cmc. de novocaïne à 1 pour 200 dans l'ethmoïde, quoique Halle ait pratiqué dans la soirée, une opération radicale sur les sinus frontal et ethmoïdaux avec large mise à nu de l'orbite. Dans l'autre, au cours d'une opération sur l'ethmoïde, une hémorragie, provenant sans doute de l'artère ethmoïdale antérieure, nécessita un tamponnement. Immédiatement après tuméfaction des paupières et perte de la vue. L'infection et l'intoxication peuvent ici être éliminées. Dans ces cas, il s'agit d'augmentation de la pression orbitaire avec œdème de la région du trou optique et étranglement du nerf.

Halle met en garde contre la pratique des injections profondes dans l'orbite. Elles doivent être réservées aux opérations par voie externe où l'ablation d'une partie de la lame papyracée préserve d'une hyperpression intraorbitaire.

**ROTH.** — Contribution au diagnostic des corps étrangers de l'œsophage.

*Séance du 20 avril 1923*

**KOBRAK.** — Les types normaux et pathologiques de la réaction vestibulaire dans les affections organiques et inorganiques du nerf auditif (*V. analyses*).

## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGO-RHINOLOGIE

*Séance du 6 novembre 1923 (1)*

**GOLDMANN.** — Diverticule de l'œsophage par pulsion, favorablement influencé par l'iodure.

**GLAS.** — 1° Tuberculose de la fossenasaie gauche ; 2° Chancre primitif de l'amygdale.

C'est, chez une jeune fille de 14 ans, un chancre de l'amygdale cliniquement typique (du moins si on en juge par le C. R.), mais où

1. C. R. d'après *Mon f. Ohr.*

l'examen microscopique montre seulement du spirochète refringens et des bacilles fusiformes. Rapprochant ce fait de quelques autres, Glas dit que même leur constatation à l'état de pureté n'exclut pas forcément la syphilis ou la diphtérie. Et on doit toujours en face d'une angine de Vincent songer aussi à la possibilité d'une syphilis.

**SCHWARTZ-GLOSSY. — Tumeur indéterminée de la moitié droite de la langue.**

**BRAUN. — 1° Angiome de la fosse nasale gauche ;  
2° Fente palatine latente.**

Jeune fille de 18 ans. La fente porte uniquement sur l'os, la muqueuse existe, mais d'aspect cicatriciel. La luette seule était bifide. Grosse hypertrophie compensatrice des cornets. Rhinolalie ouverte.

**CEMACH. — 1° Lithiase salivaire, guérie par la lumière ultra-violette.**

**2° Hyperostose du palais osseux.**

**B. GROSSMANN. — 1° Goitre intratrachéal ;**

**2° Chondrome malin du rhino-pharynx. Opération, puis traitement par le radium. Accidents causés par ce dernier.**

Les accidents ont commencé un mois après l'irradiation : nécrose de la région, séquestre du toit et des parois latérales du cavum, destruction du septum nasal osseux, de la luette, perforations multiples du palais.

**WESELY. — 1° Réinfection tuberculeuse de l'amygdale palatine (Voir analyses).**

**2° Tuberculose généralisée chez un jeune sujet, présentant différentes formes de tuberculose.**

Ce jeune homme de 19 ans, avec état général relativement bon, est une sorte de petit musée pathologique qui, avec une tuberculose fibreuse des poumons, présente sur la peau : une scrofulodermie temporale gauche, des nodules et des rhagades sur la pointe du nez, des ulcérations plates de l'angle labial, de la scrofulodermie d'un pied et d'une main.

Au niveau des muqueuses, on trouve : des granulations tuberculeuses en différents points des fosses nasales, du lupus des gencives, des joues et du palais, une infiltration diffuse de l'épiglotte et du larynx, une infiltration ulcérée sous-glottique. La plaie de trachéotomie (faite à cause de la sténose), n'a aucune tendance à la guérison, malgré le traitement à la lumière ultra-violette.

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

*Séance du 29 octobre 1923.*

**BONDY. — Abscès du lobe temporal après découverte involontaire de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne.**

Cet exemple s'ajoute à quelques autres observés par Bondy et d'autres auteurs et montre que la découverte de la dure-mère n'est pas si inoffensive qu'on le pense. Dans le cas particulier, l'abcès vidé a guéri. Bondy pense que l'emploi de pyocanine a contribué à ce résultat.

**SCHLANDER. — Otorrhée chronique. Evidement. Abscès profond du cou.**

**S. GATSCHER. — Otalgie par apicite.**

C'est l'otalgie, sans cause locale ou proche, qui a amené à examiner le poumon et à faire le diagnostic de lésion du sommet, passée jusqu'alors inaperçue.

**R. ZEIDLER. — Méningite suppurée aiguë.**

Au cours d'une otorrhée chronique avec cholestéatome, méningite suppurée à streptocoques, typique, avec liquide céphalo-rachidien purulent. Radicale, puis série d'injections intra-rachidiennes d'urotropine. C'est à l'action de ce médicament, beaucoup plus qu'à l'acte opératoire, que Zeidler attribue la guérison.

**E. URBANTSCHITSCH. — Absence de déviation de l'index, un an après un traumatisme cranien.**

A la suite d'un traumatisme violent du crâne, signes d'abolition fonctionnelle du labyrinthe. Mais tout s'arrange assez rapidement et à part une diminution de l'audition d'un côté, les fonctions labyrinthiques se rétablissent. Mais un an après, alors que l'audition est restée stationnaire, que les épreuves calorique et rotatoire étaient encore normales, la déviation de l'index était impossible à obtenir.

Urbantschitsch pense qu'il s'est développé secondairement (et par suite du tiraillement des parties nerveuses à la suite du traumatisme) de petits foyers d'encéphalite. La syphilis et la sclérose en plaques peuvent être ici éliminées.

**O. BECK. — Thrombose sinusienne à Str. mucosus, simulant un abcès du lobe temporal.**

Mastôidite à Str. M., s'étant compliquée d'une thrombose latente ayant passé inaperçue lors d'une première intervention. Ce n'est que secondairement que se développèrent des signes d'hypertension, faisant songer à un abcès temporal, la température, notamment res-



tant autour de 38°. Cependant une poussée à 39°,2 décida une deuxième intervention qui montra la thrombose étendue du pressoir au golfe.

**O. BECK. — Méningite séreuse après radicale, simulant un abcès du lobe temporal.**

Vieille suppuration de l'attique avec cholestéatome et polypes chez une fille de 19 ans. A l'opération on trouva l'os détruit par le cholestéatome le long de l'angle de la pyramide jusqu'au canal frontal. Huit jours après : paralysie faciale, nystagmus spontané à type vestibulaire. Puis signes de réaction méningée sévère. Etant donnée son homonymie, la parésie faciale du côté opéré s'accordait mal avec les symptômes cérébraux (?) ; le nystagmus spontané, avec une fonction labyrinthique conservée, était tout au plus la manifestation d'une altération de la paroi labyrinthique. Les jours suivants les manifestations méningées s'apaisèrent et l'examen neurologique était en faveur d'un abcès du lobe temporal, d'autant qu'il n'y avait pas de température. L'exploration réitérée du cerveau resta cependant négative, et la malade guérit rapidement.

On doit admettre qu'à la suite de l'opération, il s'est produit une affection de la paroi labyrinthique. Les manifestations méningées ne peuvent être rapportées qu'à une méningite séreuse.

**MARSCHIK. — Angiofibrome du naso-pharynx. Opération par voie externe. Mise à nu de la base du crâne. Début de récurrence.**

**K. EINSINGER. — Deux cas de parésie faciale unilatérale congénitale.**

---

# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

DESCARPENTRIES. — **Les injections d'auto-sang hémolysé en oto-rhino-laryngologie.** *Revue de Laryngologie*, 1923, n° 3, p. 109.

L'auteur décrit d'abord sa technique : On prélève aseptiquement par ponction veineuse 10 centimètres cubes de sang : on les hémolyse dans 20 centimètres cubes d'eau stérile, puis on injecte le liquide obtenu sous la peau, en trois fois, à quelques heures d'intervalle. La première injection est facile, la coagulation ne s'étant pas produite, pour les deux suivantes, le caillot gêne, mais il est rare qu'il empêche d'aspirer le liquide. Si le malade consent à se laisser faire trois ponctions veineuses, les injections sont facilitées, la coagulation ne se faisant pas, on prend à chaque fois 3 centimètres cubes de sang que l'on hémolyse dans 6 centimètres cubes d'eau stérile.

Comment agissent ces injections ? Plusieurs hypothèses peuvent être faites. L'injection peut agir à la façon d'une vaccinothérapie curative ; elle contient en effet des toxines véritablement spécifiques, qui étaient en circulation dans le sang. L'hémolysé agit peut-être en mettant en liberté dans le liquide des « immunisenkörper » contenus dans les hématies.

Enfin, l'on peut penser encore que le sérum injecté sert d'agglutinine ou que les petites quantités d'anticorps introduites, formant antigène, favorisent les productions de nouveaux anticorps.

Quoi qu'il en soit, pratiquement ces injections déclanchent la guérison comme en témoignent l'examen clinique et la polynucléose. Elles ont enfin l'avantage de ne pas provoquer de choc comme peut le faire la vaccinothérapie ou l'injection d'une albumine étrangère. On peut leur reprocher seulement d'être localement un peu douloureuses. Les indications sont les suivantes :

L'otite aiguë : la maladie peut être arrêtée en quelques heures.

Les folliculites du conduit auditif et des narines.

Leur rôle est surtout indiqué dans les abcès amygdaliens, étant donnée leur action sédative sur les douleurs, le trismus et la formation du pus.

Enfin, dans toutes les interventions, pour ostéite aiguë, l'injection a un rôle des plus importants ; elle facilite l'opération en favorisant la formation du séquestre et en stimulant la résistance de l'état général.

A. AUBIN.

GUNNAR HOLMGREN (*Stockholm*). — **Opération sur l'os temporal à l'aide de la loupe et du microscope.** *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 1923, n° 1, p. 8.

Les petites dimensions de la paroi externe de la caisse du tympan ne permettent pas, si l'on opère à l'œil nu, de faire complètement

les interventions que l'on pratique sur elle. Si l'on veut le faire avec sécurité et précision, on doit les pratiquer à l'aide d'un grossissement optique. Holmgren conseille deux appareils : l'un très simple donnant un grossissement de 2 diamètres qu'il appelle « loupe lunette » et qui est composé de lentilles centrées sur des verres de lunettes ordinaires ; l'autre donnant un grossissement de 9 diamètres qui est constitué par un microscope Zeiss binoculaire. Pour la loupe lunette l'éclairage au miroir frontal suffit ; pour le second un appareil d'éclairage puissant est nécessaire. La cavité opératoire est ainsi bien rendue visible et à l'aide d'instruments petits, les manœuvres les plus délicates peuvent être faites sans danger pour les organes voisins de la caisse du tympan. L'auteur peut ainsi pratiquer des évidements extrêmement complets pour opérations radicales et même une chirurgie spéciale de l'otite sèche, de l'otite cicatricielle et de l'otospongiose.

A. AUBIN.

COLLET et GAILLARD. — **Radiographie d'un cas de cholestéatome de la mastoïde.** Soc. nat. de Méd. et des Sc. méd., 14 mars 1923, in *Lyon médical*, 10 novembre 1923.

C'est une radiographie obtenue par Chassard, suivant la technique décrite par Arcelin. Elle montre : 1° La densification extrême de la paroi externe de la mastoïde, il n'y a pas de cellules visibles ; 2° le trouble de la région de la caisse de l'aditus ; 3° l'élargissement très marqué de l'antre.

Le diagnostic de cholestéatome de l'antre est confirmé par l'opération, ainsi que la distension de l'antre et l'éburnation de l'apophyse.

SARGNON.

J. MELLINGER. — **Otite moyenne diphtéritique.** *Calif. State. J. M.*, 1923, p. 151.

On rencontre plus fréquemment qu'on ne le dit habituellement, le bacille de Klebs-Löffler dans l'oreille moyenne ; mais ce qui est réellement très rare, c'est la présence de bacilles virulents. C'est l'inoculation à l'animal qui déterminera cette virulence, qui a surtout un intérêt prophylactique. Car cliniquement il n'y a aucun signe caractéristique, ni dans l'un ou l'autre cas. A l'appui 12 cas, dont 1 avec bacilles virulents et les 11 autres avec bacilles non virulents.

ALOIN et GIGNOUX. — **Contribution à l'étude des mastoïdites tuberculeuses.** *Revue de Laryngologie*, 1923, n° 4, p. 129.

A propos de deux observations, Aloin et Gignoux montrent combien le diagnostic de mastoïdite tuberculeuse peut être difficile ; ils rappellent les différents symptômes qui font penser, sinon affirmer, la nature tuberculeuse d'une suppuration mastoïdienne. Aucun n'est pathognomonique, et l'on ne pourra faire le diagnostic de mastoïdite tuberculeuse qu'en analysant soigneusement les renseignements fournis par l'exploration de la mastoïde et en tenant compte de l'allure clinique de l'otite qui l'a précédée. Du côté de la mastoïde, on constate une allure torpide, une légère douleur à la pression de la région antrale ; jamais il n'y a cette douleur exquise des ostéites banales.

L'otite a évolué anormalement : rapidement s'est établie une surdité, qui témoigne de l'envahissement du labyrinthe ; une paralysie faciale apparaît bien souvent. Les lésions du tympan sont bilatérales et symétriques, sans phase aiguë. Une perforation large s'est établie, elle est bordée par un liseré rouge, et le fond de la caisse est comblé de bourgeons fongueux.

En outre, l'atteinte de l'état général est prononcée, et il existe une température persistante irrégulière, peu élevée. Ces signes doivent attirer l'attention du clinicien qui demandera au laboratoire de confirmer son hypothèse. La présence du bacille de Koch a une valeur absolue, mais il est difficilement mis en évidence. Aussi s'adressera-t-on à l'histologie des fongosités, à l'inoculation du pus au cobaye ou encore à la réaction à la tuberculine ; parfois l'apparition d'une autre localisation bacillaire a la valeur d'une inoculation.

C'est grâce à ces symptômes, que l'on pourra porter le diagnostic de mastoïdite tuberculeuse primitive. Celui de mastoïdite secondaire demande moins de difficulté, étant donné la nature évidente du terrain.

Fréquente surtout chez l'enfant, la mastoïdite tuberculeuse a un pronostic qui dépend avant tout de l'état général du sujet. Chaque fois que le malade pourra supporter une intervention, celle-ci devra être tentée. Plus elle sera précoce, meilleur en sera le pronostic. On complètera ce traitement local par un traitement général qui aidera la réparation de la plaie opératoire.

A. AUBIN.

**ALOIN. — Les complications méningées de la tuberculose de l'oreille.** *Journal de méd. de Lyon*, 5 octobre 1923.

Voici les conclusions de cet intéressant article :

La tuberculose de l'oreille est extrêmement fréquente et on la trouve d'autant plus souvent qu'on sait mieux la rechercher et qu'on pratique plus régulièrement des inoculations au cobaye. Beaucoup de formes de mastoïdites torpides banales ne sont que des tuberculoses pétreuses méconnues et qui ont guéri.

Sa recherche est difficile, car elle se dissimule sous les tableaux symptomatiques les plus complexes. Situé au centre du crâne, entouré des principaux nerfs crâniens, engainé dans son enveloppe dure-mérienne, le rocher malade peut manifester sa lésion par des symptômes différents, accusant la réaction des différents organes de voisinage et, en particulier, de la méninge. L'atteinte précoce de cette dernière peut même donner une allure toute spéciale à l'affection et constituer une véritable méningite tuberculeuse, localisée, à foyer otitique. Ces formes localisées, si l'état général est bon et s'il n'existe pas d'autres localisations, sont en général curables et relèvent du traitement chirurgical.

D<sup>r</sup> SARGNON.

**TRIVAS (Nevers). — Un cas de leptoméningite purulente généralisée consécutive à une otite moyenne aiguë, sans réaction mastoïdienne,** *Revue de Laryngologie*, 1923, n° 4, p. 153.

TRIVAS rapporte l'observation d'un homme de 31 ans, pris de méningite, le dixième jour d'une otite moyenne suppurée aiguë, n'ayant



jamais présenté de phénomènes de rétention. Pendant les quatre jours que dure cette méningite qui entraîne la mort, un examen minutieux de la mastoïde ne révèle aucune réaction inflammatoire clinique. A l'autopsie, on constate que la méningite était généralisée et que la mastoïde n'avait pas été atteinte.

Le microbe décelé par la ponction lombaire était le pneumocoque.

TRIVAS pense que dans ce cas la propagation aux méninges, s'est faite uniquement par voie vasculaire veineuse. A. AUBIN.

WELLS P. EAGLETON — **Le traitement opératoire de la méningite suppurée** *Atl. méd. J.*, 1923.

L'auteur divise la méningite otogène aiguë au point de vue chirurgical en un état initial qui correspond à une localisation de l'infection à l'espace sous-arachnoïdien au niveau du foyer primitif otique, et en un état terminal, dans lequel les microbes ont envahi tout le liquide céphalo-rachidien. Dans le premier cas le traitement opératoire offre quelques chances de guérison ; dans le dernier la chirurgie est le plus souvent désarmée. La méningite otique n'explique pas nécessairement la présence de microbes dans le liquide prélevé par ponction lombaire, ni un chiffre élevé d'éléments cellulaires. Ainsi Jenkins a démontré que la stérilité d'un liquide C. R. pouvait être associée à la présence de microorganismes dans l'espace sous-arachnoïdien et à un chiffre de 48 cellules par exemple ; on ne peut donc pas se baser d'une façon absolue sur ces indications pour le diagnostic de la méningite.

Le drainage continu du liquide céphalo-rachidien est un non sens physiologique et mécaniquement impossible.

Le terme d'irrigation sous-arachnoïdienne est impropre ; par cette manœuvre on ne supprime pas l'infection du liquide céphalo-rachidien, on enlève simplement le liquide altéré des régions qui ne sont pas directement infectées, celui-ci étant immédiatement remplacé par du liquide normal ; si ce moyen thérapeutique doit avoir quelque efficacité, il faut l'instituer le plus tôt possible. Les résultats les plus certains seront obtenus quand le malade est surtout atteint de toxémie cérébrale. C'est une méthode qui est encore à l'état d'expérimentation ; sa technique nécessite quatre opérateurs spécialement entraînés ; elle ne peut donc être faite que dans de grands services de chirurgie.

A. QUIRIN.

PORTMANN. — **Quand faut-il intervenir sur le labyrinthe ? L'opération doit-elle être toujours systématisée.** *Revue de Laryngologie*, 1923, n° 3, p. 96.

L'indication de la trépanation labyrinthique varie suivant que la lésion labyrinthique est primitive ou secondaire à une lésion de la caisse.

Dans les labyrinthites suppurées aiguës, l'intervention doit être immédiate et complète, mais elle ne doit être pratiquée que si l'on a posé le diagnostic d'une façon absolue. Il faut songer en effet que des signes d'irritation vestibulaire, peuvent être très marqués et en imposer pour une infection labyrinthique : cette distinction, souvent très

difficile, est capitale cependant, puisque ces signes de réaction, dus à la simple périlabyrinthite, cèdent à l'antrotomie.

Dans les labyrinthites suppurées chroniques, le vertige est un des signes fonctionnels qui a été considéré comme un des meilleurs pour justifier l'intervention : malheureusement il est peu intense et passager. Le plus sage est de traiter chirurgicalement la suppuration, en pratiquant un évidemment pétro-mastoïdien, et d'agir radicalement sur le labyrinthe si la poursuite des lésions amène la constatation de fistule labyrinthique.

Enfin, dans les affections sèches de l'oreille interne, secondaires à des affections de la caisse, la trépanation du labyrinthe n'amènera aucun soulagement, cette intervention ayant peu d'action sur la surdité et les bourdonnements dont se plaignent les malades.

C'est dans les variétés de labyrinthite secondaire que le vertige apparaît comme symptôme dominant.

Dans les labyrinthites aiguës dont le type est la maladie de Volto lini, l'indication de la trépanation ne saurait être envisagée, la thérapeutique médicale est seule indiquée. Quand aux labyrinthites suppurées isolées, elles sont très rares et n'auront jamais à être envisagées dans la pratique habituelle.

Dans les labyrinthites chroniques, le vertige est prédominant, mais même dans les formes où il atteint une grande intensité, l'intervention chirurgicale paraît devoir être rejetée. Le traitement médical étant suffisant.

Quant à la maladie de Ménière, c'est pour Portmann le seul cas où l'on puisse envisager la possibilité d'une trépanation systématique : elle doit être rejetée dans les formes intenses, parce que l'inondation labyrinthique provoque une destruction fonctionnelle complète : dans les formes à crises espacées dues à une hémorragie punctiforme, les crises ont tendance à diminuer d'intensité et de fréquence, la destruction du labyrinthe s'établissant progressivement à chaque nouvelle poussée d'hémorragie.

Il y a donc dans la première forme une destruction immédiate, dans la deuxième une destruction progressive ; l'évolution naturelle de la maladie étant ainsi une disparition plus ou moins rapide du labyrinthe, il n'y a pour Portmann aucune indication de trépanation labyrinthique. Cependant, ces crises vertigineuses par leur succession, peuvent entraîner un état psychopathique, une dépression mentale inquiétante, c'est l'unique cas pour Portmann, où l'indication d'une labyrinthotomie peut être envisagée, et seulement après échec de toute autre thérapeutique.

A. AUBIN.

## II. MARX. — Contribution à la symptomatologie de l'abcès extradural. *Zeitsch. f. Hals*, t. VII, f. 1, p. 98.

Marx pense que l'on peut cliniquement faire un diagnostic de probabilité de certains abcès extraduraux. C'est quand dans une otorrhée durant depuis plusieurs semaines, le pus présente un caractère pulsatile. Naturellement il faut que l'abcès communique avec l'oreille moyenne, pour qu'on puisse constater ce signe. Il serait dû à la transmission des pulsations cérébrales.

CH. BAGLEY. — **L'abcès du cerveau.** *Journ. of Am. Méd. Assoc.*, t. LXXXI, n° 26, 29 décembre 1923, p. 2161.

L'auteur publie 10 des 24 abcès du cerveau qu'il a vérifiés opératoirement ou à l'autopsie. Il insiste sur la difficulté du diagnostic, d'autant plus que les premiers symptômes sont souvent rapportés directement à l'affection causale elle-même (sinus, oreille). Le temps le plus court entre le symptôme initial et le drainage de l'abcès a été de trois semaines. L'étude du fond de l'œil est très importante. Le diagnostic est souvent à faire avec l'encéphalite, la méningite et les néoplasmes. Dans ce dernier cas la progression des symptômes est plus lente en général; mais ce n'est pas toujours exact. La ponction lombaire est dangereuse en cas d'abcès; il ne faut donc la faire que si le diagnostic est hésitant avec la méningite.

Il ne peut y avoir de traitement univoque. Mais il faut éviter toute manœuvre de dilacération des parois de l'abcès, telle qu'elle peut résulter aussi de la taille d'un lambeau osseux trop large ou la décompression par ponction lombaire.

Bagley, dans le type habituel d'abcès profond recommande le simple drainage par une petite ouverture aussi basse que possible. Donc il fait la ponction de l'abcès par la plaie d'évidement (en cas d'abcès otogène) et laisse le drain primitif tant qu'il y a du pus, mais change le pansement extérieur fréquemment.

Par contre dans les abcès superficiels, consécutifs aux traumatismes, où il faut au contraire dégager et drainer largement; d'ailleurs ici il se produit une barrière fibreuse protectrice.

A. BARRÉ. — **Etude neurologique d'un cas d'abcès du cervelet.** *Revue oto-neuro-oculistique*, t. I, n° 4, avril 1923.

A propos d'un abcès du cervelet consécutif à une otorrhée cholestéatomateuse de l'oreille, diagnostiqué avant l'opération et vérifié à l'autopsie, Barré reprend l'étude minutieuse des divers symptômes labyrinthiques et cérébelleux et en fait la critique. Les troubles cérébelleux peuvent exister sans qu'il y ait collection cérébelleuse, du fait de la congestion d'un hémisphère cérébelleux. L'épreuve du talon au genou, l'épreuve du doigt au nez, l'épreuve des marionnettes, le type pendulaire des réflexes doivent être bien recherchés, car ces signes peuvent être légers, mais leur coexistence a une grande valeur. La modification s'opérant d'un jour à l'autre, dans le sens du nystagmus spontané et provoqué, a une grande importance pour l'existence d'un abcès cérébelleux. Enfin Barré a pu, pendant l'intervention, étudier les modifications du nystagmus provoqué par le réchauffement ou le refroidissement du canal demi circulaire horizontal dénudé.

Beaucoup de cas aussi minutieusement observés et aussi méthodiquement analysés feraient certes faire de grands progrès à la nouvelle spécialité « oto neurologique ».

E. HALPHEN.

REBATTU et MOLLON. — **Ostéo-fibrome du rocher.** *Soc. de Méd. et des Soc. méd.* 28 février 1923, in *Lyon méd.*, 10 septembre 1923.

La pièce a été recueillie sur un homme de 82 ans qui avait une paralysie faciale progressive, mais définitive depuis dix ans. Quelques

mois après l'apparition de la paralysie faciale il y eut fonte purulente de l'œil gauche, qui nécessita l'énucléation. Surdité complète du côté gauche, audition très diminuée à droite.

   l'autopsie, foyer de broncho-pulmonie et tumeur très dure de la partie postéro-supérieure du rocher. Le conduit auditif interne est respecté par la tumeur. C'est un ostéo-fibrome.

Les tumeurs du rocher que l'on observe habituellement sont des tumeurs malignes : ostéo-sarcomes (30 cas relevés dans la thèse de Berton). Les ostéomes, fréquents au niveau du frontal, sont très rares au niveau du rocher. Les auteurs n'ont pas trouvé de cas analogue dans la littérature.

Dr SARGNON.

**H. O. RUNGE. — La conduction osseuse ; une nouvelle épreuve pour sa compréhension.** *Zeitsch. f. Hals*, t. V, f. 3-4, p. 289.

Nous signalons simplement aux lecteurs qu'il pourrait intéresser, ce copieux mémoire de 115 pages, sorti de la clinique de Wittmack. Après une revue historique et critique des théories de la conduction osseuse et des épreuves qui permettent de l'explorer, l'auteur expose sa technique qui consiste à remplir d'eau le conduit auditif externe et sur laquelle il base une théorie personnelle ; en même temps il pense qu'il y a là une nouvelle épreuve clinique.

**MALESPINE. — Audition colorée et synesthésies chez les aveugles** *Journ. de méd. de Lyon*, 5 septembre 1923.

Voici les conclusions de ce curieux article.

L'audition colorée n'est qu'un cas particulier de phénomènes plus généraux, les correspondances entre les différents sens. L'audition colorée existe chez les aveugles ; elle a les mêmes caractères que chez les voyants, mais elle est plus fréquente. L'association toucher-vue, incompréhensible pour le voyant, s'observe chez certains aveugles. Chaque forme palpée   veille une forme colorée. Voici la cause de ces phénomènes : deux sensations ayant un coefficient identique s'associent

Dr SARGNON.

**M. BIGLER. — Coexistence d'ostéopsatyrose et de coloration bleue de la sclérotique au cours d'une otosclérose.** *Zeits. f. Hals*, t. V, f. 3-4, p. 233.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans. Le cas vient à l'appui de la théorie constitutionnelle de l'otosclérose.

**J. SPIRA. — Les affections de l'oreille interne dans les stades précoces de la syphilis.** *Monat. f. Ohr.*, t. LVII, f. 12, p. 1025.

Dans la syphilis non traitée, l'auteur a trouvé l'atteinte de l'oreille interne dans 19 % des cas ; mais dans le tiers seulement de ces cas, il y avait des symptômes subjectifs. Le nerf vestibulaire est pris deux fois plus souvent que l'acoustique. Dans un cas, il existait une affec-



tion de l'oreille interne à la période séro-négative de la syphilis primaire.

En général, la conduction osseuse n'était pas raccourcie quand l'audition était normale ; elle était raccourcie dans le cas contraire, mais pas plus que dans les affections non syphilitiques du nerf cochléaire.

Dans un certain nombre de cas, il y a disproportion entre la baisse de l'audition à la voix et celle des diapasons.

Le plus souvent, en ce qui concerne le nerf vestibulaire, il y avait une différence entre la réaction calorique et la rotatoire. Ceci peut être considéré comme pathognomonique de la syphilis

Le salvarsan paraît sans influence ; mais un traitement insuffisant favorise l'atteinte de l'oreille.

Contrairement à d'autres auteurs, Spira ne trouve pas que l'alopécie syphilitique s'accompagne souvent de lésions de l'oreille interne.

**J. TARNEAUD. — Trouble systématisé des mouvements associés des yeux et des membres d'origine labyrinthique pure.**  
*Revue d'oto-neuro-oculistique*, t. I, n° 3, mars 1923.

Tarneaud relate l'observation d'une malade opérée d'évidement pétro-mastoidien et souffrant depuis son opération de vertiges dus à une irritation labyrinthique par lésion du canal demi-circulaire horizontal. Les épreuves vestibulaires ont montré comme particularité, une perturbation des mouvements associés régis par le vestibule, principalement une limitation des mouvements de latéralité du regard vers le côté opéré (blocage des yeux) et une limitation des mouvements conjugués nécessaires à la production d'actes coordonnés et réglés en leur synergie (suppuration, pronation, circumduction).

L'amélioration fut lente, mais progressive et le retour à la normale fut obtenu au bout de deux ans sans nouveau traitement chirurgical.

E. HALPHEN.

**REYS. — Epreuve de l'indication de Barany d'après les travaux récents.** *Revue oto-neuro-oculistique*, n° 4, août 1923, p. 300.

Reys rappelle d'abord la technique de l'épreuve de l'indication et les différentes modalités de déviation de l'index.

Il expose ensuite les différentes expériences produites par Barany pour obtenir cette épreuve, excitation labyrinthique (la déviation est bilatérale), excitation cérébelleuse (la déviation est unilatérale et localisée à une articulation suivant la partie de l'écorce irritée). La destruction d'une partie de l'écorce empêche la déviation par irritation labyrinthique pour le membre homonyme au côté de l'écorce détruite.

La modification de la position de la tête par rapport au tronc entraîne une modification dans les mouvements réactionnels labyrinthiques, et des erreurs dans l'indication, erreurs en dehors si la tête se déplace dans le plan médian, erreurs en dedans si la tête se déplace dans le plan horizontal.

Cliniquement une déviation spontanée vers le côté opposé à la lésion et une absence de déviation provoquée sont en faveur d'une paralysie d'un centre cérébelleux, alors qu'une déviation spontanée avec persis-

tance d'une déviation provoquée sont en faveur d'une excitation de ces centres.

Mais là où le problème se complique c'est que l'on a trouvé des cas de lésions du cortex cérébral (lobe frontal) et du faisceau pyramidal entraînant une déviation spontanée des bras. Les voies optiques également auraient un rapport avec les voies cérébelleuses d'indication. L'épilepsie elle-même provoquant des déviations spontanées.

Cette étude fort intéressante a été discutée à la société d'oto-neurologie de Strasbourg, le 10 mars 1923.

E. HALPHEN.

W. DUKE. — **Syndrome de Ménière par allergie.** *Journ. of Amer. Med. Ass.*, vol. LXXXI, n° 26, 29 déc. 1923, p. 2179.

Relation de 2 cas de syndrome de Ménière typique où, en dehors des signes cochléo-vestibulaires, on ne trouva rien d'autre que des réactions positives aux tests intra-cutanés pour les fruits et les légumes. Dans un cas, où il y avait aussi du rhume des foins, naturellement les tests étaient aussi positifs pour les pollens auxquels le malade était sensible.

Ces 2 cas virent leurs crises améliorées par l'injection sous-cutanée d'épinéphrine. Mais surtout les crises furent abolies partiellement ou totalement par la suppression des aliments pour lesquels la cuti-réaction s'était montrée positive. Mais si, après cette période d'amélioration, on injectait par voie sous-cutanée des extraits de ces mêmes aliments, les crises réapparaissaient.

Les réactions allergiques peuvent être divisées en deux groupes : a) l'allergie par contact, c'est-à-dire quand l'allergène entre en contact direct avec une surface hypersensible ; b) l'allergie générale, quand les symptômes sont une partie de la réaction générale survenant après que l'allergène a été absorbé et distribué dans l'organisme par le sang.

Les faits relatés appartiennent évidemment au deuxième groupe.

J. CUVILLIER.

QUIX. — **Le rôle des otolithes dans la sémiologie de la maladie de Ménière.** *Revue oto-neuro-oculistique*, n° 6, juin 1923.

Quix reprend l'étude de la maladie de Ménière, de la crise vertigineuse survenue sans cause apparente et qui laisse presque toujours après elle un déficit acoustique assez considérable par destruction de l'organe auditif et vestibulaire ; puis il la compare au vertige cérébelleux dont le nystagmus n'a pas de lois, qui ne s'accompagne que rarement d'acouphènes ou de cophose, dont les réactions vestibulaires sont normales.

Dans la maladie de Ménière, le vestibule est inexcitable pendant la crise, normal ou hyperexcitable entre les crises, le signe de l'index positif (déviation vers l'extérieur) ; la chute se produit vers le côté atteint et la cornée est insensible de ce même côté.

Pour Quix la cause de ces symptômes serait une hypertension céphalo-rachidien dans le lac sous-arachnoïdien postérieur.

Le facial reste indemne parce que le nerf moteur et les troubles cérébelleux sont dus non pas à une compression des centres des mouve-

ments du bras dans l'écorce cérébelleuse, mais à un mauvais fonctionnement de l'organe statique ou otolithique. Car pendant l'accès si l'on n'observe plus de nystagmus provoqué, l'on ne constate également aucun nystagmus spontané comme dans les troubles de l'organe périphérique. La physiologie des canaux demi-circulaires ne peut expliquer le vertige et les autres symptômes de la maladie de Ménière. Pour Quix ce sont les otolithes dont le fonctionnement défectueux entraîne une déviation de l'index dans les mouvements de rotation de la tête qui sont à la base des troubles constatés. Et les lésions des saccule et utricule sont dûs à l'augmentation de pression transmise par le sac endolymphatique qui communique avec la citerne postérieure.

HARVEY CUSHING. — **Tumeurs du nerf auditif.** Traduction de M. Deniker et Th. de Martel. G. Doin, éditeur, 1924, 1 vol., 429 p., 262 figures.

Deniker et de Martel viennent de nous donner la traduction du fort beau livre de Cushing sur les tumeurs du nerf auditif et les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Il constitue un véritable registre d'observations cliniques et opératoires où le professeur de Boston nous renseigne, avec une scrupuleuse conscience, sur l'évolution de ses idées à propos du diagnostic délicat des tumeurs de cette région, sur ses succès et leur cause, sur ses efforts incessants pour améliorer sa technique opératoire et sa statistique. Chaque cas est en effet accompagné de réflexions personnelles. Mais il fait en même temps œuvre didactique en réunissant dans des chapitres d'ensemble nos diverses connaissances sur ce chapitre de pathologie spéciale.

Cushing, dès les premières pages nous remémore que dès 1830, on trouve des observations, d'ailleurs sans aucun lien entre elles, sur de vraies tumeurs acoustiques. Charles Bell, Cruveilhier (dont il cite avec éloge l'observation entière), Weiglein rapportent les premières relations précises dans lesquelles une description clinique accompagne le tableau des lésions trouvées à l'autopsie. C'est seulement vers la fin du siècle qu'on arrive à pouvoir poser un diagnostic clinique de ces cas, à la suite des études expérimentales faites sur les fonctions du cervelet. Le diagnostic des tumeurs sous-jacentes à la tente cérébelleuse se précise rapidement, et l'on isole d'abord celles qui s'accompagnent de symptômes cérébelleux, puis celles de l'angle fronto-cérébelleux, et enfin celles du nerf acoustique. Les tentatives d'extirpation chirurgicale ont suivi pas à pas les progrès du diagnostic clinique, en se rapprochant de plus en plus de la perfection.

Dans une série de 784 cas de tumeurs observées jusqu'au 1<sup>er</sup> février 1917, la lésion a été vérifiée 468 fois. Dans 134 cas, il s'agissait de lésions de la fosse occipitale, intéressant le cerveau moyen et postérieur ; 56 fois on avait affaire à des tumeurs extracérébelleuses et 30 de ces derniers néoplasmes avaient pour point de départ le nerf acoustique, ces derniers représentent donc 6 % de l'ensemble de ces tumeurs.

Il rapporte 34 observations personnelles avec intervention, comprenant les examens cliniques, le protocole opératoire, les examens histologiques, les résultats opératoires, la survie, les constatations anatomiques à la table d'autopsie. Chaque observation est accompagnée

de réflexions critiques. Cushing conclue à la fin de ses observations, qui occupent près de la moitié de son ouvrage à la difficulté de poser un diagnostic. Pour lui, en ce qui concerne les tumeurs acoustiques, l'ordre de valeur relative des symptômes serait d'abord l'histoire clinique, puis l'examen neurologique, et enfin la radiologie.

« Il est évident qu'une plaque peut suffire à elle seule si elle montre un conduit auditif dilaté, tout comme dans le cas d'ulcère duodénal, si elle montre l'encoche caractéristique. Malheureusement un conduit auditif interne dilaté est beaucoup moins fréquent que les études de Henschen ne nous l'avaient fait espérer, et il n'a de valeur, par conséquent, que comme élément de confirmation. A l'heure actuelle, la date d'apparition des symptômes cliniques reste indiscutablement le facteur diagnostic le plus important, et cette chronologie devrait être patiemment débrouillée pour chaque malade présentant un syndrome fronto-cérébelleux. Le reste de l'ouvrage constitue en quelque sorte la mise au point de nos connaissances actuelles sur les tumeurs fronto-cérébelleuses. »

Au point de vue étiologique, les tumeurs acoustiques semblent naître aux dépens de reliquats embryonnaires, dans la partie périphérique du nerf, et leur accroissement paraît être influencé par des facteurs tels qu'un traumatisme, une infection locale, une grossesse. D'après les séries de cas étudiés par Cushing, les tumeurs paraissent un peu plus fréquentes chez la femme et affectent plus spécialement le côté gauche. L'âge moyen du début de la maladie est de 34 ans; admission à l'hôpital et opération quatre ans plus tard, en moyenne. Par l'analyse des différents signes et l'étude de l'ordre d'apparition des symptômes, on peut reconstituer l'évolution des tumeurs acoustiques qui se traduisent le plus souvent par la succession des phénomènes suivants :

1° Troubles auditifs et labyrinthiques.

Bourdonnement précédant la surdité. Surdité complète mais qui peut rétrocéder en partie après l'intervention. Les signes vestibulaires peuvent être antérieurs aux signes du nerf cochléaire, et être plus totalement abolis. Ils peuvent au début en imposer pour une maladie de Ménière. Les malades conserveraient une excitabilité rotatoire, alors que l'excitabilité calorique aurait disparu. En tout cas il est très difficile de distinguer les symptômes labyrinthiques des symptômes cérébelleux.

2° Douleurs occipito-frontales, accompagnées de céphalée sous-orbitaire.

3° Une incoordination et une instabilité d'origine cérébelleuse.

4° Signes traduisant l'atteinte des nerfs craniens voisins (La III<sup>e</sup> paire est rarement touchée). Après l'acoustique le trijumeau ait vraisemblablement le premier nerf de l'atteinte duquel le malade est conscience. Quant au VII<sup>e</sup> chez 19 sur 20 malades de Cushing il y avait un certain degré de parésie faciale.

Les IX<sup>e</sup>, X<sup>e</sup>, XI<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> paires craniennes ne semblent jouer qu'exceptionnellement un rôle symptomatique important dans la série des symptômes.

5° Augmentation de la pression intra-cranienne avec œdème papillaire et ses conséquences.



6° Dysarthrie, dysphagie et finalement accès cérébelleux et difficultés de respiration.

Le livre de Cushing renferme de nombreuses photographies de pièces, tant opératoires que nécropiques, et de coupes. Les tumeurs isolées du nerf auditif naissent de l'endonèvre spécial de ce nerf ce qui leur donne leurs caractères histologiques si particuliers. Elles semblent, en général, avoir leur point de départ au niveau de la portion distale du nerf, à l'intérieur du conduit auditif interne, dont elles peuvent entraîner la résorption par compression, ainsi que la dilatation consécutive de l'orifice d'entrée. De ce point, les tumeurs progressent le long du nerf jusqu'à l'envelopper complètement. Les organes voisins de l'angle ponto-cérébelleux subissent une compression secondaire. Finalement une hydrocéphalie interne se développe, et peu après ce sont les phénomènes d'hypertension générale communs à toute tumeur intracrânienne.

La tumeur se compose essentiellement de deux tissus principaux : l'un, fibreux et dense, l'autre aréolaire et lâche, présentant certains caractères histologiques du gliome. Ces tumeurs sont spéciales au nerf acoustique, et ne doivent pas être confondues avec d'autres néoplasmes pouvant se développer dans l'angle ponto-cérébelleux.

En règle générale, les tumeurs acoustiques se présentent sous forme de tumeurs unilatérales isolées. Toutefois des lésions bilatérales insoupçonnées ont été parfois découvertes, au cours d'opérations ou d'autopsie. Qu'elles soient simples ou bilatérales, ces tumeurs peuvent, en outre, quoique assez rarement, faire partie d'une neurofibromatose généralisée. Les caractères anatomiques de la lésion sont d'ailleurs les mêmes dans les deux cas. En outre, des endothéliomes multiples des méninges peuvent accompagner des tumeurs acoustiques bilatérales. Ces lésions ont vraisemblablement toutes un rapport commun éloigné et relèvent de la même anomalie de développement ou d'une anomalie similaire.

Les tumeurs acoustiques isolées sont beaucoup plus que les lésions bilatérales, et beaucoup plus faciles à diagnostiquer. Toutefois, même en l'absence du syndrome caractéristique de Recklinghausen, on devrait pouvoir arriver à déterminer par l'étude des symptômes cliniques, aidée de la radiographie, la présence d'une lésion bilatérale et cela malgré la possibilité de rencontrer des symptômes bilatéraux déconcertants, provoqués par une tumeur unilatérale.

Bien que dans les tumeurs acoustiques il y ait, comme nous l'avons vu, un ordre habituel d'apparition des symptômes, d'autres lésions de l'angle, même éloignées, peuvent donner lieu à des symptômes, parfois difficiles à différencier des précédents. Toutefois, en l'absence d'histoire clinique de tumeur primitive du nerf acoustique, lorsqu'il existe des symptômes bien définis d'une lésion de l'angle ponto-cérébelleux, le diagnostic de tumeur acoustique est probable, si les réponses labyrinthiques caractéristiques aux épreuves caloriques sont abolies, si la surdité est complète quand l'oreille opposée est irriguée, et enfin si le conduit auditif est dilaté radiographiquement. De plus, les tumeurs du recessus ayant leur point de départ sur un autre organe que le nerf acoustique, peuvent provoquer quelque symptôme particulier, différent du syndrome de tumeur acoustique type.

Dans le dernier chapitre, Cushing décrit avec détails sa technique de trépanation occipitale pour tumeurs de la fosse cérébelleuse. Dans un bref historique il rappelle les tentatives faites depuis Von Monakow en 1900. Il fait la critique des divers procédés : trépanation occipitale unilatérale, trépanation translabyrinthique, combinée pétro-cérébelleuse et enfin il décrit la technique publiée pour la première fois en 1905 sous le nom de : *Découverte bilatérale des hémisphères cérébelleux par une incision en arbalète*.

Il décrit rapidement la préparation du malade, jeûne du petit déjeuner, lavement. Rasage limite en partageant les cheveux suivant une ligne courbe tangente au sommet du lambda et en rasant tout ce qui est au-dessous. Tous les préparatifs sont fait seulement le matin même de l'opération pour éviter au malade l'anxiété de la nuit qui précède.

Le malade est placé en position ventrale sur une table matelassée avec épaulières et « outrigger » pour supporter la tête. Il devra y rester plusieurs heures immobile, même après la fin de l'intervention.

Il rappelle que le Dr Martel a préconisé l'anesthésie locale. Mais l'éther lui paraît cependant l'anesthésique de choix, donné avec l'appareil de Connell.

Au cours de l'anesthésie, l'anesthésiste établit une courbe précise enregistrant : le pouls, la respiration et la tension de l'éther, les pressions systoliques et diastoliques.

Nettoyage de la zone opératoire au savon et à l'alcool sublimé. L'auteur est hostile à la désinfection par la teinture d'iode.

Tracé de la ligne d'incision en égratignant superficiellement le cuir chevelu, suivant une ligne courbe allant d'une mastoïde à l'autre et dont le sommet passe à 4 centimètres au-dessus de la protubérance occipitale externe. Incision verticale exactement sur la ligne médiane longue de 9 à 10 centimètres et pouvant aller jusqu'à l'apophyse épineuse de la V<sup>e</sup> vertèbre cervicale.

Eviter la perte de sang. Et pour cela faire la compression digitale pendant l'incision des parties molles. Avant de cesser celle-ci placer des pinces sur les lèvres du lambeau qui est rabattu.

Décollement de ce dernier jusqu'à dépasser la protubérance occipitale et atteindre les insertions musculaires de la ligne courbe supérieure.

Incision perpendiculaire rigoureusement médiane.

Bien repérer par des pinces les angles de cette incision, ce qui est très important pour une bonne coaptation ultérieure.

Craniectomie en pratiquant un ou plusieurs trous de trépan au niveau de chaque lobe, à l'aide d'une fraise électrique. On agrandit ensuite à la pince gouge. Souvent l'os est aminci et facile à enlever.

Incision de la dure-mère. Celle-ci souvent est tendue. Pour éviter une hernie du cervelet après son incision, Cushing recommande de ponctionner immédiatement le ventricule latéral. Pour cela on récline en avant le cuir chevelu, et à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la ligne occipitale, à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane on introduit à 4 ou 5 centimètres de profondeur une aiguille mousse. On laisse l'aiguille en place jusqu'à la fin de l'intervention.

Incision de la dure-mère en rayon. Explorer les deux lobes du

cervelet pour chercher les différences, et également la région du trou occipital où peut exister un «*pression cone* » de mauvais augure.

Exploration de la région du recessus en réclinant légèrement ce cervelet avec un écarteur mousse spécial. On tombe souvent sur une collection liquide enkystée de l'arachnoïde derrière laquelle on trouve généralement la surface de la tumeur : on refoule l'arachnoïde et le cervelet à l'aide de petits tampons de coton humide, le cervelet restant, durant toute l'intervention, protégé par une couche de coton humide.

Fragmentation de la tumeur. On laisse toujours un pédicule dans le conduit auditif. Cushing doute que l'on puisse, sans danger, faire une exérèse complète. Il reste intracapsulaire, et se sert pour l'énucléation d'une curette analogue à celle qu'on emploie pour la vésicule biliaire.

Fermeture de la plaie. Suture soignée par plusieurs plans à la soie noire avec des aiguilles courbes françaises. Trois nœuds de sûreté. Il commence d'abord par la suture de l'incision verticale, puis il continue par la suture de l'incision transversale.

Grand pansement en forme de capuchon, engainant les épaules et le thorax, recouvert d'une épaisseur de sparterie empesée pour immobiliser la tête et le cou. On le laisse en place dix jours. Le malade s'assied au bout de quelques jours.

La mortalité opératoire reste encore très élevée. Cushing après 50 opérations est arrivé à la réduire à 20 %.

Les malades éprouvent généralement un degré d'atténuation marqué des symptômes particulièrement en ce qui concerne les symptômes d'hypertension. Les malades n'ont pas pu reprendre un travail demandant de la vigueur ou de la dextérité, mais les femmes ont pu vaquer aux occupations de leur ménage.

La durée d'amélioration dépend du volume de la tumeur, et de l'étendue de l'énucléation pratiquée. Dans les cas extrêmes elle varie entre sept ans et dix mois.

La plupart des décès surviennent dans les cas où les symptômes de compression sont très marqués. Cushing désirerait voir les malades deux ans plus tôt, c'est-à-dire dès les premières manifestations de l'hypertension générale.

E. GRANET.

F.-C. GRANT. — **Localisation des tumeurs cérébrales.** *Journal Ann. Med. Assoc.*, t. LXXXI, n° 26, 29 décembre 1923, p. 2163.

La technique de Grant est basée sur la résistance, variable suivant les tissus, au passage d'un courant électrique. Il a donc inventé un appareil dans ce but. Il consiste essentiellement en une fine électrode exploratrice en verre, qu'on implante dans la couche superficielle en différents points du cerveau. Cette électrode est raccordée à un système électrique combiné de telle façon que quand la résistance du tissu est égale à une résistance étalon (il faut donc essayer chaque fois une série de résistances connues), un diapason (audio-oscillateur) entre en vibrations ; le son ainsi produit est transmis à un récepteur téléphonique.

Ceci posé, voici l'indication de la méthode. Dans un cas où la symp-

tomatologie est suffisante pour nécessiter une exploration, mais sans imposer les risques d'un ventriculogramme, l'opérateur peut se trouver en présence d'un cortex apparemment normal. Faut-il inciser le cerveau ? C'est alors que l'exploration de la résistance électrique devient utile.

Les tumeurs, particulièrement les gliomes, produisent moins de résistance au passage du courant électrique que le tissu normal. Les endothéliomes donnent une résistance au courant différente du tissu normal ; mais elle peut être plus grande ou moins grande.

MOUNIER.

**VIGGO CHRISTIANSEN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de la fosse postérieure du crâne..** *Revue d'Oto-Neuro-Oculistique.*, juin 1923, n° 6.

Peut-on différencier au point de vue clinique une tumeur cérébelleuse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux ou d'une tumeur de l'étage postérieur autre qu'une tumeur de l'angle ? Le voisinage anatomique, l'interdépendance physiologique du cervelet et du nerf vestibulaire font que les symptômes sont le plus souvent communs aux deux affections, et de plus on trouve toujours une méningite séreuse concomitante.

Les troubles dans la sphère du trijumeau (anesthésie de la cornée, parésie des masticateurs, hypoesthésie d'une moitié du visage, mais jamais douleurs par irritation, font pencher le diagnostic en faveur d'une lésion de l'angle, surtout si les troubles auditifs les ont précédés.

Les tumeurs de la fosse postérieure du crâne provoquent très précocement une céphalée de compression, de la stase papillaire (qui est constante et souvent méconnue), des accès de vertige, aussi importants que les accès jacksoniens. L'abolition de la réaction calorique paraît indiquer avec certitude une affection du rameau vestibulaire dans le trajet extra-cérébral du nerf. Mais Christiansen attache peu de valeur à l'examen des fonctions cérébelleuses suivant Barany (signe de l'indication etc.). Il préfère l'étude complète du syndrome cérébelleux d'après Babinski et avoue que les tumeurs cérébrales très éloignées de la fosse postérieure peuvent donner le même tableau clinique. La ponction lombaire donne de l'hyperalbuminose sans hyperleucocytose.

Enfin la paralysie du nerf facial manque dans 85 % des cas de début, l'ordre d'attaque des nerfs étant la VIII<sup>e</sup> paire d'abord, puis la V<sup>e</sup> et la VII<sup>e</sup> en dernier.

L'atteinte du facial est en faveur d'une tumeur de l'angle, extra-cérébrale, et non d'une simple méningite séreuse.

Au point de vue traitement, deux voies s'offrent au chirurgien, la voie transcranienne grave, la voie translabyrinthique qui ne permet d'enlever que le prolongement que la tumeur envoie dans le conduit auditif interne, et que Christiansen déconseille absolument.

La chance d'une guérison est beaucoup plus grande par l'opération transcranienne qui a le mérite de faire vite, large et complet.

HALPHEN.



**BARRÉ et MORIN. — Etude neuro-oculistique des tumeurs de l'étage postérieur du crâne. Contribution au diagnostic différentiel de ces tumeurs.** *Revue Oto-Neuro-Oculistique*, n° 6, juin 1923.

Après la description de 12 cas de tumeurs ponto-cérébelleuses et cérébelleuses, les auteurs passent en revue les différents symptômes des tumeurs de l'étage postérieur. Les bourdonnements sont postérieurs à la surdité, contemporains de l'hypertension crânienne et peuvent même ne jamais apparaître. C'est un symptôme d'irritation. Or dans les tumeurs ponto-cérébelleuses, c'est un symptôme de paralysie qui domine aussi bien pour le VIII<sup>e</sup> que pour le V<sup>e</sup>.

La forme de nystagmus calorique par irrigation de l'oreille saine ne change pas après rotation de la tête, les canaux verticaux du côté sain sont donc inexcitables lorsque le vestibule du côté lésé est complètement paralysé. Le nystagmus spontané existe toujours dans le regard direct et dans la convergence et bat côté opposé à la tumeur. Barré préfère l'épreuve donnée avec l'eau chaude à l'épreuve à l'eau froide, n'attache pas grande attention à l'épreuve voltaïque, non plus qu'à l'épreuve rotatoire.

Les troubles cérébelleux sont souvent inexistantes, en dehors de la titubation toujours constatée. Le trijumeau le plus souvent parésié, peut être irrité (névralgie, trismus). La contracture des muscles de la nuque peut constituer un véritable signe de localisation.

Le syndrome d'hypertension crânienne n'a pas été toujours constaté mais les auteurs décrivent un syndrome nouveau appelé crises bulbaires qui sont pour ainsi dire l'équivalent des crises épileptiques de l'étage antérieur.

Barré et Morin résument ensuite en un tableau très clair les différents symptômes constatés ou non constatés dans les tumeurs de l'angle, les tumeurs cérébelleuses, et les hypertensions simples. Les troubles cochléaires et vestibulaires seuls sont importants car on ne les trouve au complet que dans les tumeurs ponto-cérébelleuses.

E. HALPHEN.

**WELLS P. EAGLETON. — Importance 1° de l'inexcitabilité des canaux semi-circulaires externes à l'eau froide dans le diagnostic de l'hypertension de la fosse cérébrale postérieure. 2° de la diminution de la durée du nystagmus rotatoire dans les lésions diffuses des voies du système nerveux central au-dessus du cortex cérébelleux.** Tiré à part de l'*Am. Lar. Soc.* 1922.

Dans l'interprétation des épreuves vestibulaires trois facteurs pouvant modifier les manifestations vestibulaires sont toujours à considérer :

La forme de la lésion, microscopique ou diffuse, l'état de la lésion (aiguë ou chronique).

L'augmentation de la pression intracrânienne?

Dans les lésions microscopiques aiguës des voies vestibulaires sans augmentation de la pression intracrânienne, une localisation exacte

est souvent possible uniquement par les manifestations vestibulaires.

Dans les lésions d'ordre chirurgical, en raison de la compensation rapide et plus ou moins complète et des manifestations vestibulaires de l'augmentation de la pression intracrânienne, leur localisation par l'examen seul de l'appareil vestibulaire est difficile et généralement même impossible.

Toutefois certaines lésions chirurgicales localisées telles que les tumeurs de l'acoustique peuvent être diagnostiquées par les épreuves vestibulaires seules. La symptomatologie résulte de la pression directe sur les voies vestibulaires (surdité et inexcitabilité vestibulaire homolatérales) et de l'augmentation de la pression intracrânienne de la fosse postérieure (par abolition de la réactibilité du canal semi-circulaire externe du côté opposé).

Les données des épreuves vestibulaires dans les cas de lésions chirurgicales intracérébelleuses (gliomes, abcès) sont trop inconstantes pour permettre un diagnostic par elles seules.

Cependant au moment de l'invasion de la portion intracérébrale de l'appareil vestibulaire, l'apparition de certains symptômes vestibulaires, spontanés ou provoqués peut avoir une valeur de localisation (nystagmus horizontal spontané, déviation latérale des globes oculaires) mais leur durée est très courte en raison du phénomène de compensation. Exceptionnellement les manifestations vestibulaires spontanées persistent pour des raisons indéterminées, probablement à la suite de l'invasion, mais sans destruction, des noyaux vestibulaires centraux.

La diminution immédiate de la durée du nystagmus rotatoire par excitation du canal semi-circulaire externe à une valeur chirurgicale et médico-légale en ce qui concerne le diagnostic de certaines lésions diffuses de la fosse postérieure, et en particulier, d'après les expériences de l'auteur, dans les lésions qui sont associées au blocage du liquide céphalo-rachidien soit par une plaque méningitique ou par un hématome dans les fractures du crâne.

L'auteur vérifie ces données à la base de plusieurs observations très complètes et arrive aux conclusions suivantes :

Dans les cas, d'augmentation de la pression intracrânienne, l'épreuve calorique à l'eau froide donne une diminution de la réactibilité du canal semi-circulaire externe opposé au côté de la lésion, la tête étant maintenue en première position. Si la lésion est située au-dessus du tentorium, la réaction est atténuée ou retardée. En cas d'augmentation de la pression intracrânienne de la fosse postérieure la diminution peut se réduire à une inexcitabilité complète du canal semi-circulaire externe du côté non lésé. C'est un symptôme important de diagnostic général, mais il n'a aucune valeur quant à la localisation. D'autre part sa présence évite une localisation ultérieure par les épreuves vestibulaires seules.

Une accumulation de liquide céphalo-rachidien (avec oblitération partielle des voies de communication du liquide céphalo-rachidien par altération labyrinthique, entre la face postérieure du rocher et la face antérieure du cervelet se traduisant à la ponction lombaire par un liquide sans microorganismes, avec beaucoup de cellules repré-

sente un syndrome vestibulaire, complexe dont voici les principaux caractères :

Absence de réaction du canal vertical des deux côtés par suite de l'augmentation de la pression intracrânienne.

Diminution précoce de la durée maxima des nystagmus provoquée à la rotation par l'excitation du côté opposé.

La durée du nystagmus rotatoire étant seulement d'environ 50 % de celle que l'on obtient après destruction d'un labyrinthe, la diminution est par conséquent d'origine intracrânienne et non d'origine labyrinthique.

Ces deux signes sont suffisamment précoces pour avoir une valeur de diagnostic, leur durée est considérable, et dans certains cas, ils s'établissent d'une façon permanente.

La déviation spontanée disparaît rapidement, probablement grâce à cet effet de compensation.

Cliniquement on peut par la rotation mettre en évidence l'existence plus précoce d'une déviation spontanée, de même qu'après un certain temps — dans un des cas de l'auteur, après quelques années — il est impossible d'obtenir une déviation du côté opposé.

En cas d'une lésion suppurative ou traumatique d'un labyrinthe, d'inexcitabilité du canal vertical aussi bien du côté lésé que du côté opposé, avec une diminution de moitié de la durée du nystagmus provoqué par excitation rotatoire du canal horizontal du côté non lésé avec ou sans déviation spontanée de l'index, nous nous trouvons en face d'un syndrome intracrânien indiquant une méningite localisée sur la surface antérieure du cervelet en arrière du rocher, tout près du canal auditif interne.

Comme l'abcès sous-arachnoïdien dû à une suppuration labyrinthique est souvent localisé à cet endroit, il est fort possible que l'on trouve également le même syndrome vestibulaire. Dans ce cas ce syndrome vestibulaire pourrait servir à distinguer les abcès intra-cérébelleux des abcès sous-arachnoïdiens.

Les nystagmus rotatoire et calorique sont fondamentalement différents ; dans les maladies du système nerveux, ils sont par conséquent, à considérer indépendamment l'un de l'autre, puisqu'ils sont capables de nous fournir des éléments de localisation distincts.

Une partie du mécanisme qui règle la durée du nystagmus rotatoire est située dans le cortex cérébelleux, ou dans l'espace sous-arachnoïdien qui le recouvre ; l'étranglement de ses mailles par un exsudat inflammatoire réduit la durée du nystagmus d'environ la moitié. C'est un signe d'une grande importance au point de vue du diagnostic général et médico-légal.

Cette diminution de la durée du nystagmus peut être une fatigue, un phénomène musculaire que l'on attribue maintenant à une partie des fonctions cérébelleuses de l'asthénie et l'astasie. A. QUIN.

G. PORTMANN. — **La correction plastique des nez difformes**, *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 1, 1924, p. 25

Portmann rappelle quelles sont les différentes déformations que présente le nez, puis après un court historique des différentes tech-

niques opératoires employées il décrit sa méthode qui est la voie exo-nasale avec cicatrice cachée.

L'opération consiste essentiellement en une incision transversale sous-lobulaire qui permet le décollement sous-périchondral et sous-périosté des plans superficiels aussi loin qu'on le juge nécessaire pour toute correction à apporter à ce squelette. Après avoir vérifié ou donné une perméabilité nasale normale, on fait l'anesthésie de la région nasale à la novocaïne adrénalinée au 200<sup>e</sup> par infiltration en enfonçant l'aiguille au niveau de deux boutons : l'un, inférieur, au niveau du lobule du nez qui anesthésie toutes les portions cartilagineuses médiane et latérale, l'autre, supérieur qui permet l'anesthésie de la zone osseuse et cartilagineuse supérieure. L'incision se fait sous le lobule du nez, en arc de cercle et empiète plus ou moins sur le bord libre narinaire. Puis on décolle au bistouri et à la spatule des tégu-ments en passant dans l'espace décollable sous-périchondral en bas, et sous-périosté en haut. Quand ces plans sont bien détachés du squelette on les en maintient écartés par un speculum spécial qui dégage ainsi la région déformée du squelette. On peut alors soit res-séquer les parties squelettiques saillantes, soit introduire un frag-ment d'os ou de cartilage en cas d'ensellure importante. Après véri-fication de la correction il suffit de faire quelques points de suture aux crins très fins. Les suites opératoires sont simples.

A. AUBIN.

F.-K. HANSEL. — **La rhinite vaso-motrice.** *Journ. Am. Med. Ass.*, t. LXXXII, n° 1, 1924, 5 janvier, p. 14.

Cet article, quoique n'apportant rien d'essentiellement nouveau est cependant intéressant à lire. Conçu dans un esprit très pratique, il est une mise au point et constitue une réaction contre certaines tendances exagérées qui font de tout coryza spasmodique, une manifestation de l'anaphylaxie.

La rhinite vaso-motrice comprend en effet deux groupes distincts : a) la rhinite vaso-motrice réflexe, où il n'existe pas de sensibilisation protéinique ; b) la rhinite vaso-motrice, par sensibilisation protéinique aux aliments, bactéries, émanations animales, pollens.

Dans le type réflexe, il y a de nombreux éléments autres que l'état pathologique local du nez : âge, sexe, occupations, climat, tempéra-ment. Les conditions générales pathologiques ou non jouent un rôle important. Les symptômes principaux de ce type réflexe sont : l'éter-nuement, l'écoulement nasal et l'obstruction nasale ; le tout sans grandes relations avec les saisons. Il y a aussi des symptômes con-nexes : larmolement, céphalée, surdité passagère, asthme et bron-chites ; tous sont variables.

Dans le type par sensibilisation protéinique, l'anaphylaxie et l'al-lergie sont les facteurs importants ; mais il y en a généralement d'autres plus ou moins importants.

Le mécanisme nerveux est le même dans tous les cas et sa connais-sance est nécessaire pour comprendre l'explication des symptômes nasaux.

Localement la muqueuse est pâle, tuméfiée, humide avec polyposé



ou hyperplasie polypoïde. L'infection sinusienne est rare. Le voile sinusien, à la radiographie, est dû généralement à la tuméfaction de la muqueuse et à un épaississement de la surface osseuse.

Le traitement consistera dans la suppression de toutes les causes possibles et dans les applications totales au niveau du ganglion sphéno-palatin. On utilisera aussi les applications d'une solution de nitrate d'argent. Les traitements opératoires devront être judicieusement choisis, il faut surtout rétablir la perméabilité nasale. En cas d'échec, recommander au malade de changer de climat.

STRANDBERG. — **La Finsenthérapie et ses résultats dans la tuberculose nasale et laryngée.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, n° 1, janv. 1924, p. 9.

L'auteur se sert de deux modèles de lampes à arc alimentées par du courant continu, le grand modèle convenant mieux pour les personnes couchées, le petit pour les malades assis, la lampe devant être placée le plus près possible du malade. On protège ses yeux par un abat-jour et on l'expose pour le début dix à quinze minutes aux rayons de Finsen, en augmentant la durée jusqu'à deux heures et demie tous les jours ou tous les deux jours. Si l'affection à traiter coïncide avec un bon état général (lupus) on peut commencer avec trente à quarante-cinq minutes. Après le bain de lumière on donne une douche tiède, et les malades peuvent regagner leur travail.

Après les premiers bains on observe un érythème plus ou moins prononcé, parfois même l'apparition de vésicules. Il en résulte une pigmentation comme après une insolation. Les seules contre-indications sont les affections rénales et cardiaques non bacillaires. Une fièvre même très élevée n'est pas une contre-indication.

L'association de la finsenthérapie à un autre traitement donne des résultats infiniment supérieurs à la finsenthérapie seule. L'auteur a vérifié histologiquement les résultats au Finsen seul ou associé à un autre traitement sur la muqueuse nasale et a pu constater une guérison complète et définitive.

Voici les résultats dans le lupus nasal, buccal pharyngé et laryngé : Sur 379 cas traités, il y a eu 30 cas de récidence, un résultat négatif, 2 cas aggravés, 5 cas de morts, 9 améliorés, 28 encore en cours de traitement, et 304 cas guéris, ce qui fait un pourcentage de 87,1. Sur ces 304 cas de guérisons, celle-ci s'est maintenue 66 fois, jusqu'à trois mois, 26 fois jusqu'à six mois, 47 fois jusqu'à douze mois, 39 fois jusqu'à dix-huit mois, 33 fois jusqu'à vingt-quatre mois, 44 fois jusqu'à deux et trois ans, jusqu'à quatre ans 12 fois, jusqu'à cinq ans 18, 8 fois jusqu'à six ans, 3 fois jusqu'à neuf ans et 1 fois jusqu'à dix ans.

L'auteur ne peut encore résumer les résultats heureux obtenus dans les lésions bacillaires de l'oreille moyenne et du rocher, la période d'observation étant encore trop courte.

Quant à la tuberculose laryngée, l'auteur ne cite dans sa statistique que les cas de laryngite à forme infiltrante et ulcéreuse. Elle comporte 100 cas, tous compliqués de bacillose pulmonaire, dont 53 de guérison, 10 encore en traitement, mais tous améliorés, et 37 cas de

rechute avec 19 améliorations, 6 états stationnaires, 6 aggravations et 6 cas de mort. La période d'observation de ces 53 cas de guérison varie de trois mois à cinq ans avec 22 jusqu'à trois mois, 5 jusqu'à six mois, 8 jusqu'à douze mois, 2 jusqu'à dix-huit mois, 4 jusqu'à deux ans, 7 jusqu'à trois ans, 3 jusqu'à quatre ans, et deux jusqu'à cinq ans, 3 cas de récurrence ont repris le traitement avec un cas de guérison se maintenant depuis un an.

En ce qui concerne les symptômes : dans 78 cas la voix est redevenue claire, dans 15 elle s'est améliorée, 4 cas n'ont subi aucune amélioration dans la phonation. La douleur et la dysphagie ont été guéries dans 32 cas, améliorées dans 3, non améliorées dans 2 cas. Il faut remarquer que 97 % étaient enrhumés, et que les 77 % des malades non hospitalisés étaient presque tous des personnes pauvres, ne pouvant se payer une bonne alimentation et étant obligés de travailler pendant tout le traitement.

Le nombre des bains était généralement de 86. Le pourcentage de 53 guérisons est un chiffre qu'aucun autre traitement n'a pu atteindre, il est d'autant plus remarquable que les lésions traitées étaient souvent très avancées.

Dr QUIRIN.

S. KOMPANEJETS. — **Un signe rhinologique du scorbut.** *Zeitshr. f. Hals*, t. V, f. 3-4, p. 252.

Il s'agit d'une rhinite sèche antérieure, dont la localisation au niveau de la tache de Kresselbach n'entraîne pas toujours les épistaxis, puisqu'elle correspond à des hémorragies sous-muqueuses. C'est un bon signe de scorbut, à la portée de tous les praticiens, puisqu'il peut être constaté sans speculum.

A. ECKERT-MÖBIUS. — **Traitement de la rhinite atrophique simple et fétide par l'implantation des parties spongieuses macérées d'os de bœuf.** *Zeitshr. f. Hals*, t. VII, f. 1, p. 108.

Et voici un traitement de plus de l'ozène. Comme on le voit d'après le titre, cette thérapeutique rentre dans le groupe des méthodes qui cherchent la guérison par le rétrécissement mécanique des cavités nasales. 20 cas : 17 succès (dont 15 ozènes), durant depuis deux à vingt mois).

W.-M. MOLLISON. — **Le traitement opératoire de l'ozène.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, n° 1, janvier 1924, p. 25.

On peut diviser la technique chirurgicale de l'ozène en trois groupes :

1° La technique qui empêche le dessèchement de la muqueuse nasale par l'implantation du canal de Sténon dans le sinus maxillaire (Wittmack) ;

2° La technique qui intervient sur le sinus maxillaire et tend à un rétrécissement de la fosse nasale (Lautenschläger) ;

3° Enfin celle qui vise le rétrécissement des fosses nasales en ne s'attaquant aux sinus que s'ils sont infectés (Huisberg).

Dans le premier cas on fait un Caldwell-Luc, on libère le canal

de Sténon et on l'implante à travers le sinus dans le méat moyen. L'écoulement salivaire continu, qui n'est qu'un inconvénient au début, supprime la formation de croûtes et par là même la fétidité de l'haleine.

Dans l'opération de Lautenschläger on déplace la paroi nasale latérale vers la ligne médiane. Il est à remarquer que le rétrécissement le plus serré se produit à l'endroit même où l'origine avait créé la plus grande largeur des fosses nasales. On peut combiner cette intervention avec celle de Wittmack. Les résultats sont bons dans les cas pas très avancés, mais le tamponnement est très désagréable, douloureux même ; c'est pourquoi Halle y a apporté certaines modifications, de même que Blegvad, Higguet, Van den Wildenberg, Ramadier. Tous ces auteurs ont obtenus de bons résultats avec l'opération de Lautenschläger modifiée.

Le troisième groupe englobe l'opération de Hinsberg et le rétrécissement des fosses nasales par l'injection sous-muqueuse de paraffine (Moure et Brindel), de vaseline barytée (Botey) ou par l'implantation sous-muqueuse d'un greffon cartilagineux ou osseux (Schönstadt, Steurer, Bijon, Adam).

L'auteur conclut de toute la littérature étrangère parcourue, qu'en France et en Allemagne l'ozène est plus répandue qu'en Angleterre. Mais il a l'impression que parmi ces statistiques si nombreuses tous les cas ne sont pas des ozènes typiques. Certaines méthodes opératoires représentent des interventions assez graves, et les résultats ne sont pas si certains que cela.

A. QUIRIN

**MARTUSCELLI et RAFFACLE ABBATE. — Importance des sinusites dans le développement des tumeurs nasales.** *Studium*, XIII<sup>e</sup> année, n° 10, 20 octobre 1923, p. 307.

Les auteurs ont repris les théories pathogéniques du polype du nez ; ils ont voulu surtout vérifier celle de Grünwald qui voit dans les sinusites une cause infaillible de polyposé. Leurs expériences ont porté sur trois chiens dont ils ont bourré le sinus frontal de tampons imprégnés de culture streptococcique. Au bout d'une période variant de quinze jours à trois mois, l'animal était sacrifié. Voici les résultats : le labyrinthe ethmoïdal était gélatineux, transparent, mais sans productions polypeuses. Au point de vue histo-pathologique : exfoliation de l'épithélium de revêtement, vastes ulcérations de la muqueuse, infiltration parvicellulaire des couches superficielles, dilatation discrète du réseau vasculaire, bref toutes les altérations consécutives à un écoulement purulent à la surface des cornets, mais pas de polypes. Ces résultats sont de nature à infirmer la théorie de Grünwald, d'ailleurs vivement combattue par d'autres auteurs.

LAPOUGE.

**TIXIER et ROCHET. — Evolution et complication anormales d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire.** Soc. Nat. de Méd. et des Sc. méd., 10 avril 1923 in *Lyon médical*, 10 décembre 1923.

Adolescente 16 ans : tuméfaction palatine au niveau de la deuxième molaire droite qui avait été obturée. Ablation de la dent.

Stomatite intense. Température. Sinus maxillaire droit complètement opaque. Gros cornet moyen. Pas de pus nasal. Deux hémorragies par la bouche. Trépanation du sinus. Guérison.

Il y a à noter dans ce cas la perforation spontanée de la voûte palatine, souvent syphilitique, exceptionnelle au cours de l'évolution des sinusites maxillaires. Les deux hémorragies spontanées ont été si abondantes qu'elles ont fait penser à un moment à des gastrorrhagie. Il y avait eu probablement ulcération des branches de l'artère palatine. C'est une complication rare.

SARGNON.

W. J. HARRISON. — **Un cas de mucocèle du sinus frontal.** (*Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, n° 1, janvier 1924, p. 20.)

Il s'agit d'une mucocèle du sinus frontal gauche ayant provoqué une tuméfaction dans l'angle interne de l'œil gauche. A l'opération on découvrit l'extension de la mucocèle à travers la cloison intersinusale permettant une communication dans le sinus droit où elle avait rongé l'os de la paroi supéro-interne de l'orbite.

QUIRIN

T. A. MAC GIBBON (*New-Zealand*). — **Absence du sinus frontal chez une femme.** (*Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, n° 1, janvier 1924, p. 24.)

L'auteur fit une opération radicale des deux labyrinthes ethmoïdaux pour dégénérescence polypoïde. Mais comme la malade continuait à souffrir dans l'angle interne de l'œil gauche, il trépana d'après la méthode de Killian, mais il tomba directement sur la dure-mère et ne trouva en avant que quelques cellules ethmoïdales infectées, qu'il n'avait pas curettées à la première intervention.

En somme l'opération confirmait les données d'une radiographie faite préalablement.

QUIRIN

BERTEIN. — **Cellulite orbitaire non suppurée compliquant un empyème du sinus frontal.** Soc. d'Ophtalmologie de Lyon, mars 1924. In *Lyon médical*, 10 juin 1923.

C'est un soldat de 20 ans. Le gonflement en imposa pour un phlegmon orbitaire. Intervention sous anesthésie locale. Trépanation du sinus frontal large et purulente. Suture partielle. Incision de l'orbite au niveau du plancher. Une pince passée du côté de l'orbite donne simplement de la sérosité mêlée de sang. Suites normales. Disparition de la diplopie et retour de la vision normale. C'est simplement une forme fluxionnaire.

Mr. Rollet rapporte un cas analogue.

SARGON

E. TOTI. — **Casuistique des complications intracrâniennes des sinusites aiguës et chroniques depuis les travaux de Gerber et Dreyfus jusqu'à l'année 1923.** *Zeits. f. Hals*, t. VII, f. 1, p. 41.

Nous recommandons de prendre en note l'indication de cet inventaire des 263 cas relevés par l'auteur depuis les statistiques de Ger-



ber et Dreyfus. C'est en effet un index bibliographique qui évitera les recherches fastidieuses à qui voudrait se documenter sur la question des complications intracrâniennes des sinusites.

**SARGNON. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des lésions inflammatoires et traumatiques du sinus sphénoïdal et de l'ethmoïde postérieur** *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, XXVI<sup>e</sup> année, n° 10, octobre 1923.

L'auteur résume ses travaux sur la question depuis 1900 ; les lésions se divisent en deux groupes ; sinusites sans traumatismes, cas traumatiques de guerre avec ou sans projectiles inclus dans l'ethmoïde postérieur ou sphénoïdal.

Il insiste sur la rareté des cas nettement constatés ; leur symptomatologie qui en dehors des cas classiques peu nombreux, est très souvent latente, et sur l'importance du diagnostic des rayons X dans un certain nombre de cas ; sur l'importance de l'opération précoce par voie interne ou par voie externe dans les cas compliqués, importance d'autant plus grande que nombre de ces cas se manifestent seulement par des complications graves.

Dans la pratique civile, Sargnon n'a observé personnellement que 10 cas de suppuration sphéno-ethmoïdale dont un certain nombre ont donné lieu à des complications sérieuses : paralysie isolée totale ou partielle de l'oculo-moteur commun, phlegmon orbitaire, méningite séreuse localisée de la base du crâne ; dans 3 cas, névrite rétrobulbaire améliorée par l'intervention.

Par contre pendant et après la guerre, Sargnon a vu, de nombreux cas de sinusite profonde, non traumatiques, avec complications. Ces cas lui paraissent vraisemblablement dus à des conditions défavorables multiples. Mais il a observé un assez grand nombre de cas traumatiques en rapport avec le grand nombre de blessés envoyés dans la 14<sup>e</sup> région. La recherche systématique de projectiles faciaux même pour des cas anciens, lui a permis de trouver de nombreux cas dont quelques-uns très curieux. Il rapporte un certain nombre de cas, où l'extraction du corps étranger, sous contrôle de la table radioscopique et de la lunette a amené une amélioration.

L'auteur insiste sur la latence très fréquente. Ce sont des sinusites dites fermées ou donnant très peu de pus ou encore par intermittence avec douleurs tantôt nulles, tantôt très intenses. L'examen local donne peu de signes. Sargnon rappelle que Samengo vient d'insister récemment sur la diaphanoscopie du sinus sphénoïdal à l'aide d'un tube télescopique, procédé qui lui paraît intéressant ; mais il insiste tout particulièrement, sur l'importance de la radiographie rappelant cependant que ce n'est pas une méthode absolument sûre.

Enfin, Sargnon rappelle les cas reconnus par les complications, insistant sur l'importance étiologique sinusienne dans certains cas de névrite rétro-bulbaire.

L'opération précoce a une importance capitale, pour prévenir les complications méningées, vasculaires et encéphaliques. L'acte opératoire varie suivant que l'on considère les cas spontanés ou les cas traumatiques.

Dans les cas spontanés non compliqués, l'opération consiste : à dégager les abords du sinus sphénoïdal par résection du cornet moyen et des cellules ethmoïdales postérieures qui sont en avant du sinus sphénoïdal et à ouvrir la paroi antérieure du sinus sphénoïdal si l'opération est nécessaire.

Dans les cas compliqués la voie interne garde tous ses droits. C'est encore l'opération en deux temps, mais dont habituellement la première partie suffit.

S'il s'agit de poussées fluxionnaires répétées avec suppuration orbitaire possible ou nette, Sargnon s'adresse à la voie externe naso-orbitaire.

Dans les cas traumatiques, pour l'ethmoïde postérieur et la région sphénoïdale, l'auteur, qui n'avait pas encore la pratique de la technique de Ségura, s'est adressé à la voie externe, ayant eu recours dans un cas à l'abaissement temporaire du nez d'Ollier, et dans un autre à la voie de Krönlein.

L'intervention, en général, malgré ses difficultés donne d'excellents résultats. La mortalité est presque nulle. La chirurgie, surtout par voie interne, du sinus profond a permis actuellement de guérir un certain nombre de cas de névrite optique.

E.-P. GRANET.

**SARGNON. — Lésions des sinus profonds et névrites optiques.**  
Soc. d'Ophtalmologie de Lyon, 19 juin 1923, in *Lyon Médical*, 25 septembre 1923.

Dans cette communication, l'auteur rapporte 5 nouveaux cas.

L'un a refusé l'intervention ; il a été amélioré par le traitement médical (lésion d'origine diphtéritique). Dans un autre la résection du cornet moyen n'a donné aucun résultat visuel. Dans un autre cas elle a donné une très grosse amélioration *immédiate*, qui s'est maintenue. Même résultat dans l'observation IV et dans l'observation V.

En somme, la résection de la partie postérieure du cornet moyen donne de bons résultats dans les complications optiques d'origine sinusienne postérieure.

Cette résection permet l'aération et le drainage du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal. Elle agit par hémorragie, par action sur les fibres nerveuses émanant du ganglion sphéno-palatin, par drainage de l'ethmoïde et du sphénoïde.

M. Rollet rappelle qu'il a déjà décrit, il y a longtemps, les complications oculaires des sinusites postérieures.

M. Jacqueau, à propos des faits observés avec Sargnon et Grand-Clément, insiste sur la disproportion des signes : peu de symptômes sinusiens et des troubles oculaires souvent intenses, le retour rapide de la vision après l'intervention, la douleur dans les mouvements de latéralité du globe oculaire avant l'intervention.

SARGNON.

**GENET ET JACOD. — Névrites optiques et sinusites postérieures aiguës.**  
Soc. d'Ophtalmologie de Lyon, avril 1923. In *Lyon méd.*, 25 juillet 1923.

Les auteurs rapportent deux observations : l'une chez une femme de 28 ans qui présentait de l'œdème du méat moyen et du cornet

moyen du côté droit. Traitement médical après pulvérisation à la cocaïne. La malade mouche du pus. Guérison.

Dans l'observation II, il s'agit d'une névrite rétrobulbaire d'un côté, puis de l'autre deux mois plus tard par sinusite postérieure. Galvano-cautérisation du cornet inférieur gauche. Fumigations mentholées ; injections de cyanure de mercure. La radiographie est négative. Turbinectomie droite pour provoquer une saignée locale. Amélioration de la vision dès le lendemain.

Les auteurs insistent sur les rapports anatomiques du nerf optique avec les sinus infectés ; et sur les signes des névrites optiques rétrobulbaires.

Au point de vue diagnostic, ils insistent sur l'hypertrophie du cornet et du méat moyen ; leur muqueuse œdématisée, est brillante, humide. Quant au traitement, ils constatent que, dans le premier cas, des pulvérisations cocaïniques et des inhalations au chloroforme mentholé, ont amené l'évacuation du pus sinusien et la guérison. Pour le deuxième malade, la cautérisation large du cornet inférieur a suffi d'un côté, et pour l'autre œil le morcellement du cornet inférieur.

SARGNON.

AURAND et JACOB. — **Œdème maculaire avec mydriase et paralysie accommodative consécutive à une sinusite ethmoïdo-sphénoïdale catarrhale aiguë.** Soc. d'Ophtalmologie de Lyon, 12 juillet 1922, in *Lyon médical*, 25 décembre 1923.

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans qui, à la suite d'un coryza, a présenté des troubles de l'œil droit. Sinusite aiguë catarrhale droite postérieure. La radiographie a été négative.

Le 28 mars, ablation d'un éperon nasal droit. Hémorragie nasale assez forte. Le 30, disparition de la lourdeur de tête à droite et amélioration de la vision. Disparition du scotome. La vision s'est améliorée de 1/10<sup>e</sup> à 3/10<sup>e</sup> en vingt-quatre heures après l'intervention endonasale. Ajoutons que l'opération a été complétée par des ventouses.

Le diagnostic de sinusite aiguë postérieure a reposé sur l'étude des petits signes, car ce sont ceux des sinusites catarrhales.

L'auteur trouve que la trépanation des sinus sphénoïdaux, comme l'a conseillé Ségura, dépasse peut-être le but. Il y a eu dans la région lyonnaise un cas de méningite aiguë mortelle à la suite d'une ouverture sphénoïdale en raison d'une déhiscence congénitale de la paroi postérieure osseuse de ce sinus. La décompression brusque et élective par une saignée locale donne de bons résultats.

Une discussion suit qui montre l'importance de la saignée locale au bon endroit.

Dr SARGNON.

DUVERGER et DUTHEILLET DE LAMOTHE. — **Syndrome du ganglion sphéno-palatin.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, mars 1923, n° 3.

Les auteurs rappellent d'abord le syndrome décrit par Sluder, syndrome névralgique consécutif à un coryza (névralgie périorbitaire à irradiation temporale, nasale, palatine et même cervicale, avec troubles du goût, de l'odorat, et même de la vue), et syndrome

vaso-moteur et sécrétoire (coryza spasmodique avec congestion intense du nez, larmoiement et même asthme), tous syndromes que l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin par cocaïnisation de la muqueuse avoisinante fait disparaître.

Mais, pour Duverger et Dutheillet de Lamothe, la conception du syndrome doit être révisée. Trois phénomènes sont à envisager. Des phénomènes vaso-moteurs, surtout au niveau de la pituitaire dont le volume peut être triplé et qui oblitère complètement les fosses nasales, des phénomènes sécrétoires, écoulement nasal fort abondant et larmoiement des troubles sensitifs, névralgie dans le territoire du maxillaire supérieur, surtout dans la profondeur de la fosse nasale, de l'orbite, de la voûte palatine, avec exceptionnellement des irradiations à la nuque et aux épaules. Les deux premières catégories de faits peuvent être de nature anaphylactique s'ils sont bilatéraux, spécialement intenses et d'apparition diurne ; leur traitement consiste à provoquer dans l'organisme un choc anaphylactique. Quant aux phénomènes sensitifs, ils sont toujours dus à la névralgie du ganglion sphéno-palatin et apparaissent surtout la nuit ; leur début a toujours coïncidé avec une infection nasale.

L'examen des fosses nasales peut montrer des polypes, des symptômes d'ethmoïdite ou de sphénoïdite, mais le plus souvent l'examen est totalement négatif, c'est l'épreuve du traitement, l'anesthésie immédiate obtenue par cocaïnisation de la queue du cornet moyen qui permet d'affirmer l'étiologie des accidents constatés. L'article se termine par une étude du traitement, attouchements au liquide de Bonain, modification de la pituitaire, redressement d'une cloison déviée, nettoyage du méat, ablation du cornet moyen.

E. HALPHEN.

GAREL. — **Végétations adénoïdes.** Soc. de Méd. et des Sc. méd. de Lyon, 7 février 1923 in *Lyon médical*, 25 août 1923.

C'est au cours d'une discussion que Garel a émis quelques-unes de ses idées sur les végétations adénoïdes. Il estime qu'il n'y a pas d'âge particulièrement indiqué pour l'opération.

Les troubles principaux sont respiratoires et auditifs.

Les troubles respiratoires amènent le ralentissement du développement, peuvent compromettre l'allaitement. L'opération chez les tout jeunes enfants donne quelquefois des transformations presque miraculeuses. Le diagnostic chez le nourrisson, se fait non pas au doigt, mais avec une petite pince qui opère en même temps.

Quand il y a des troubles auditifs, il faut opérer à n'importe quel âge. Un certain nombre de récurrences sont dues à une opération incomplète, opération incomplète qui est habituelle chez les tout jeunes. Mais, à côté de cela, il existe des récurrences malgré une bonne opération.

Après l'amygdalectomie, on voit souvent les végétations disparaître et inversement les amygdales diminuer de volume après l'ablation des végétations.

L'auteur insiste sur le type pseudo-adénoïdien qui est dû à une déformation du maxillaire. L'enfant doit être alors traité par un chirurgien dentiste.

SARGNON.



**LUIGI MAFFEO. — L'exploration de la fonction hypophysaire chez les adénoïdiens.** *Studium*, n° 13, p. 340.

L'auteur fait l'intradermo-réaction hypophysaire (injection de 0 gr. 15 d'un liquide hypophysaire préparé par Léone). Les expériences ont porté sur dix adénoïdiens opérés, et vingt-quatre non adénoïdiens.

Si l'organisme est normal il y a légère infiltration et rougeur cutanée circonscrite. S'il est en hyper ou dysfonction, il y a nodule très accusé et halo-érythémateux. S'il est en hypofonction il n'y a aucune infiltration.

Résultats : Différence réactionnelle très marquée entre les adénoïdiens non opérés et les adénoïdiens opérés. Chez les premiers l'intradermo-réaction trahit nettement le trouble hypophysaire. Il y a dysfonction plutôt qu'hyperfonction. Celle-là serait l'expression d'une tare endocrino-sympathique provoquée par la prédominance dans le sang d'hormones antagonistes élaborées par tissu lymphatique dont l'organisme surabonde. L'adénoïdectomie améliore immédiatement la fonction hypophysaire. Elle rétablit dans les limites normales l'irrigation sanguine et lymphatique de l'hypophyse.

Chez les sujets lymphatiques et non adénoïdiens, la dysfonction hypophysaire serait évidente mais à un degré moindre.

LAPOUGE (Nice)

**VASTARINI-CRESI. — Contribution à l'étude morphologique de l'hypopharynx humain,** *Revue de Laryngologie*, 1923, n° 3, p. 8.

L'auteur a substitué aux méthodes habituelles d'examen le procédé suivant : après injection du cadavre au formol, l'ouverture du pharynx se fait non pas sur une cavité bourrée et au niveau de la ligne médiane, mais sur le pharynx vide et le long de son bord latéral. Les caractères suivants ont pu être observés sur l'hypopharynx qui semblable à l'œsophage n'est qu'une cavité virtuelle.

La muqueuse de la paroi postérieure est plissée suivant deux types principaux. Le premier type plus fréquent est appelé type en raquette : les plis de la muqueuse forment 4 ou 5 arcades caractéristiques dont les extrémités se continuent avec les plis longitudinaux de l'œsophage ; le plus externe s'élève jusqu'à l'incisure interaryténoïdienne, le plus interne est à la hauteur de la lame cricoïdienne. Le deuxième type est dit type rosace : les plis forment des ellipses concentriques complètement fermées, qui ne se continuent plus avec les plis de l'œsophage.

La paroi antérieure présente un aspect différent sur son territoire médian et sur les parties latérales. Latéralement, ce sont les sinus piriformes : oblique en bas et en arrière, étroit, peu profond, ce sinus est séparé de l'œsophage par un pli transversal, dit pli crico-pharyngé. Formé de deux lames de muqueuse adossées, c'est un pli permanent, non de distention et qui manque rarement. Il limite un véritable cœcum pharyngo-laryngé à ouverture supérieure. Ce pli est constitué par la saillie de la face dorsale de l'articulation crico-thyroïdienne. Sur la ligne médiane la paroi postérieure comprend l'ou-

verture du larynx, la région aryténoïdienne, la région cricoïdienne postérieure.

Cette dernière portion, la moins bien étudiée, présente des plis dont la disposition générale rappelle celle de la paroi postérieure. La muqueuse est sillonnée de plis arqués ou elliptiques. Le premier est incomplet dans sa partie moyenne, il atteint le sillon inter-aryténoïdien, les deux extrémités inférieures plongent dans le cœcum pharyngo-laryngé. Le second pli arqué est en forme d'arcade régulière, inscrit dans le précédent, il circonscrit rarement d'autres plis qui, lorsqu'ils existent, sont toujours incomplets. La zone médiane cricoïdienne est toujours lisse.

La muqueuse de l'hypopharynx de l'homme, alors que l'organe est vide et rétracté, aussi bien dans la partie postérieure que dans l'antérieure, offre donc à considérer deux parties : une large zone périphérique plissée et une aire centrale parfaitement lisse. Les plis sont des plis temporaires, qui se distendent toujours dans la distension. La structure histologique de la muqueuse permet de comprendre cette mobilité : au niveau des plis il existe une couche de tissu conjonctif aréolaire sous-muqueux facilitant le glissement, alors que les parties centrales lisses en sont dépourvues ; l'adhérence à leur niveau est à son maximum.

A. AUBIN.

**RENDU. — Fibrome pédiculé de la base de la langue.** Soc. Nat. de Méd. et des Sc. méd. de Lyon, 31 janvier 1923, in *Lyon médical*, 10 juillet 1923.

Il s'agit d'un homme de 45 ans. L'ablation de la tumeur fut faite au serre-nœud. Une première prise ramène un polype fibreux du volume d'une grosse cerise. La deuxième prise enlève une masse un peu moins volumineuse. Pas d'hémorragie. La constriction de la mâchoire qui existait depuis cinq ans et avait résisté à tous les traitements a disparu de suite.

A l'examen histologique, il n'y avait qu'un pédicule médian à un centimètre en avant de l'épiglotte. L'examen histologique a conclu à un polype fibreux devenu œdémateux par gêne de la circulation de retour. Les fibromes de la langue sont rares.

L'auteur rapporte à ce sujet les thèses du Dr Fayet de la Tour (1890), de Castera (1913), les observations de Delore et Dunet (*Lyon méd.* 1923). Elles sont enlevables au ciseau, au galvano, au serre-nœud s'ils sont pédiculés.

SARGNON.

**GAREL et JAPIOT. — Présentation de clichés radiographiques.** Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 5 juin 1923, in *Lyon médical*, 10 décembre 1923.

Les auteurs montrent, entre autres, une série de clichés de lésions d'origine dentaire tout à fait latentes.

Pour Mouriquand et Tellier, certains rhumatismes chroniques relèvent de ces affections alvéolo-dentaires méconnues.

SARGNON.

LÉPINE et SEDALLIAN. — **Paralysie diphtéritique à localisation rare.** Soc. méd. des hôpit. de Lyon., 24 avril 1923, in *Lyon médical*, 25 septembre 1923.

Il s'agit d'une femme de 43 ans qui a présenté une paralysie dyphtérique à localisation rare, quadriplégie avec rétention d'urine; atteinte du grand hypoglosse et maxillaire inférieur.

Il y a eu un choc anaphylactique survenu à la suite d'une injection intra-veineuse. Ce choc a eu probablement un bon résultat, car la malade a guéri.

SARGNON.

MOURIQUAND et DECHAUME. — **L'adénite sérique. Accidents de la sérothérapie anti-dyphtéritique).** *Lyon médical*, 10 novembre 1923.

La plupart des organes payent leur tribut à la réaction sérique. Généralement on n'insiste pas sur la réaction ganglionnaire cependant signalée dans les classiques. Martin en parle sans insister. Vallery-Radot en a vu au cours d'un érythème et même avant, comme seule manifestation de la maladie sérique. Rolleston en a vu un millier de cas environ.

Les auteurs en ont observé une série de cas et en rapportent quelques-uns de typiques : ganglions sous-angulo-maxillaires, ganglions cervicaux. Ils ne sont pas dus à l'angine diphtéritique qui a disparu et le malade est alors apyrétique. La température remonte brusquement et, en quelques heures, les ganglions sous-maxillaires deviennent volumineux et douloureux. Le lendemain, l'éruption sérique vient en montrer l'origine, et quarante-huit heures ou trois jours après, tout rentre dans l'ordre brusquement. Les auteurs n'ont pas vu de forme avec adénite généralisée comme en a signalé Martin.

A côté de cette forme pure, il y a des formes associées où la culture est encore positive, mais les fausses membranes disparues. Au moment des accidents sériques, les ganglions, existant préalablement, augmentent brusquement de volume.

Quel est le pronostic de cette affection? Dans les formes pures, c'est la disparition rapide, spontanée, en deux ou trois jours. Dans les formes associées le pronostic est moins bénin, car l'infection secondaire donne notamment des streptocoques. C'est la suppuration et l'incision ou, dans d'autres cas, la rechute de l'angine ou sa persistance.

On décrit rarement l'adénite dans les autres sérothérapies. Cependant Vallery-Radot en signale un cas au cours d'une sérothérapie anti-dysentérique. On en a vu après des injections de sérum de cheval pur. Il y a des modifications dans les formules sanguines, notamment de l'hyperleucocytose.

SARGNON.

G. DIDIER. — **Un cas de perforation latérale du voile du palais.** *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 29 déc. 1923, p. 475.

Adulte qui depuis l'âge de 2 ans, porte, sur le pilier antérieur gauche, une boutonnière verticale, s'ouvrant sur la loge amygdalienne

et laissant voir le pôle supérieur de l'amygdale. Il s'agit d'une séquelle d'angine scarlatineuse grave.

E.-J. MOURE. — **Amygdalectomie et amygdalotomie.** *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 1923, n° 1, p. 1.

Moire rappelle que la controverse entre ces deux procédés existe depuis fort longtemps ; c'est surtout sous l'impulsion des Américains que l'amygdalectomie fut préconisée.

Cette énucléation totale du tissu lymphoïde est passible de certains reproches : 1° L'hémorragie immédiate ou tardive est fréquente, son abondance peut être telle qu'elle entraîne la mort ; 2° les complications infectieuses, en particulier la broncho-pneumonie sont possibles, par déglutition du sang au cours de l'intervention malgré la position de Rose.

Ces risques sont surtout marqués par l'emploi de l'anesthésie générale, l'anesthésie locale les diminue, cependant la vaso-dilatation consécutive à l'emploi de l'adrénaline ménage des surprises désagréables.

L'amygdalotomie n'offre aucun degré de gravité, car elle met à l'abri de ces complications hémorragiques et vasculaires et ses résultats valent cliniquement ceux de l'amygdalectomie totale.

Les bénéfices retirés par le malade n'étant pas supérieurs dans l'un ou l'autre procédés, il est naturel d'employer celui qui offre le plus de sécurité pour le malade et l'opérateur. Dans certains cas seulement, (abcès à répétition par exemple) l'évidement du pôle supérieur de l'amygdale doit être fait, mais il est inutile d'évider la loge amygdalienne.

A. AUBIN.

ANDRÉ MOULONGUET. — **Indications et technique de l'amygdalectomie.** *Presse Médicale*, 7 juillet 1923.

Bon plaidoyer en faveur de l'amygdalectomie totale ; très consciencieusement Moulonguet passe en revue les *dangers* de l'opération : hémorragies primitives qu'une bonne technique doit toujours éviter, hémorragies secondaires peu importantes, puis les *avantages* de l'opération totale, ses indications, infections locales récidivantes, ou infections générales comme le rhumatisme articulaire aigu, les néphrites aiguës, la chorée, les endocardites, et enfin la technique de l'intervention comme on la pratique dans le service de M. Lermoyez : anesthésie locale et régionale, dégagement du pôle supérieur de l'amygdale, incision de bas en haut de la muqueuse sur le pilier antérieur tout près de son bord libre, attraction de l'amygdale en dedans au moyen de la pince de Museux, décollement à la sonde cannelée par clivage sur la capsule, abaissement de l'amygdale par une curette de Volkman qui coiffe le pôle supérieur de l'amygdale, enfin section de la muqueuse du pilier postérieur qui adhère à la glande et ablation à l'anse froide.

Moulonguet indique les soins post-opératoires ; il joint à son article sept admirables figures qui valent la plus minutieuse description.

E. HALPHEN.



**NOGIER.** — **Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la roëntgenthérapie.** Soc. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon, 7 mars 1923. In *Lyon médical*, 10 octobre 1923.

Cette méthode imaginée par Nogier et Regaud en 1913 a été appliquée par Cecikas d'Athènes en 1919, puis par Menphy, Wihithebee, Craig, Hussey and Sturm en 1921 et par Portmann. Elle a fait l'objet de la thèse de doctorat de Stoichich (Lyon).

L'amygdale étant un organe lymphoïde devait être très influencée par les rayons X qui sont indiqués dans les hypertrophies vraies et molles de l'enfance ou de l'adolescence. Les résultats sont minimes dans les hypertrophies dures de l'adulte ; il y a seulement amélioration dans les hypertrophies lacunaires.

L'auteur donne des détails de technique ; les résultats sont très satisfaisants. L'amélioration commence en moyenne quinze jours après le début du traitement. Ces résultats sont, en général, des résultats durables.

En somme, c'est un traitement qui n'expose pas aux complications infectieuses ni aux hémorragies. Rivière, dans la discussion, rappelle que c'est surtout l'amygdale cryptique infectée qui nécessite le traitement. Or, elle est peu touchée par la radiothérapie.

Dr SARGNON.

**S. CITELLI.** — **Sur une forme congestive de phlegmon périamygdalien.** *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 1, 1923, p. 18.

Les phlegmons périamygdaliens aboutissent dans leur forme commune à la suppuration : il existe à côté de ce type habituel, des types cliniques spéciaux.

Le phlegmon péritonsillaire septique se caractérise par une tuméfaction accentuée et rouge sombre du voile du palais. L'engorgement ganglionnaire est très marqué. A l'incision on constate une cavité gris sale, jaunâtre contenant non du pus mais un liquide sanieux et fétide.

Chez les adolescents, il est exceptionnel d'observer la présence d'une collection suppurée, la résolution sans suppuration se produit dans les trois quarts des cas. Il existe enfin un troisième type de phlegmon périamygdalien dont Citelli rapporte quatre observations caractéristiques : c'est la forme congestive de phlegmon péritonsillaire ; à l'incision on ne constate jamais de pus, malgré une exploration soignée de la région péritonsillaire mais par contre une hémorragie abondante et longue se produit. L'ingestion de glace amène dans cette forme une sédation rapide des signes fonctionnels. A. AUBIN.

**ARCELIN.** — **Tumeur de l'amygdale traitée par la radiothérapie.** Soc. de Méd. et des Sc. méd., de Lyon, 7 avril 1924, in *Lyon médical*, 10 octobre 1923.

Ce sont deux observations de malades adressées par Garel à Arcelin. L'un était porteur de ganglions, l'autre avait un envahissement de la base de la langue et des piliers. Les tumeurs ont disparu et même

les ganglions. Le premier cas est guéri depuis deux ans ; le second cas a pris des crises douloureuses du côté irradiés sans trace apparente de tumeur.

D<sup>r</sup> SARGNON.

CANUYT. — **Le rôle du laryngologiste en matière de chant** *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 2, 1923, p. 49.

Canuyt précise quels sont les soins et conseils que peut donner un spécialiste aux différents stades de la vie d'un chanteur. Au début des études, un examen minutieux est absolument nécessaire ; il permet de relever un certain nombre d'affections des voies respiratoires, soit un manque de développement laryngé, soit un état normal du larynx. Ces constatations permettent de mettre dans un état de fonctionnement parfait les fosses nasales, le larynx et les oreilles (le chant s'enseigne par les oreilles) ; faites préventivement ces interventions ne gêneront en rien le débutant qui n'a pas encore posé sa voix.

Enfin, si quelques troubles viennent à apparaître, l'examen princeps sert de point de comparaison, un conseil utile pourra être donné à ceux qui ont assumé la charge de guider l'élève.

Pendant les études, le chanteur doit consulter dès qu'apparaissent de petits signes malmenage vocal ; l'aspect distendu des cordes, les mucosités visqueuses adhérentes révèlent que la voix a été mal classée ; constatés dès le début, ces signes permettent de redresser des erreurs qui auraient provoqué une catastrophe irrémédiable. Plus tard pendant sa carrière, le professionnel doit veiller à conserver sa voix ; pour durer longtemps il faut être économe « il faut chanter avec ses intérêts et non avec son capital » sinon apparaissent rapidement des signes de surmenage vocal.

Fréquemment méconnus parce que leur ensemble rappelle assez la laryngite à *frigore*, l'observateur averti doit rapporter à sa véritable cause, le voile matinal de la voix, la perte des sons filés, des demi-teintes. Il trouve au laryngoscope confirmation de ce surmenage vocal : les cordes sont nodulaires, détendues. Le repos absolu, puis une nouvelle méthode de chant forment les indications principales d'un traitement qui cherchera à s'attaquer à la fonction et non pas à modifier la muqueuse.

Quand la voix devient défaillante le laryngologiste ne peut plus que constater une perte définitive, il doit en avertir le patient.

Le laryngologiste a donc pour les chanteurs un rôle important de surveillance : lui seul peut indiquer au professionnel les erreurs commises, il peut le diriger, l'orienter et grâce à un repos absolu et à une « orthopédie vocale » il permettra à bien des voix compromises de redevenir meilleures.

A. AUBIN.

G. PORTMANN et RETROUVET. — **Malformations laryngées similaires chez deux jumeaux** *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 2, 1923, p. 58.

Les malformations laryngées sont rarement observées parce qu'elles donnent exceptionnellement naissance à des troubles fonctionnels.

Portmann et Retrouvey rapportent l'observation de deux jumeaux atteints depuis la puberté de dysphonie : au laryngoscope on constate chez l'un une fixité de la corde droite, chez l'autre une fixité de la corde gauche. En l'absence de toute lésion pathologique on pense à une malformation laryngée, digne d'être signalée par sa présence chez deux jumeaux et par une symétrie complète.

A. AUBIN.

V. E. NEGUS. — **A propos d'une fonction de la corde vocale non décrite jusqu'à présent.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, janv. 1924, vol. XXXIX, n° 1, p. 1).

D'une étude minutieuse (faite au moyen de la laryngoscopie, de la radiographie et de l'examen de nombreux larynx) sur le larynx de l'homme et de nombreux animaux, il semble résulter qu'en dehors de la fonction respiratoire et phonatoire les cordes vocales assument encore une fonction valvulaire. Les cordes agissent comme valves empêchant l'entrée d'air dans les poumons, quand l'air emmagasiné dans la cavité thoracique se trouve sous une pression négative. Cette action valvulaire est en rapport avec le développement plus ou moins marqué de la ceinture musculaire du thorax et des épaules et de l'effort qu'ils ont à fournir. Il est assez curieux que l'allongement des cordes vocales chez l'homme à l'âge de la puberté coïncide avec le développement intense des muscles de l'épaule et des bras ; les déductions pratiques sont nombreuses. Pour obtenir un repos complet du larynx, il faut non seulement imposer le silence, mais surtout interdire tout effort musculaire dans l'épaule et le bras. Le spasme de la glotte enfin trouve dans cette théorie un certain appui.

Dr QUIRIN.

C. KOUTSORODIS (Volo. Grèce). — **Hémoptysie par sangsue.** *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.* N° 1, 1923, p. 35.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme pris subitement d'expectoration sanglante noirâtre, sans fièvre et de troubles légers de phonation. Au laryngoscope on aperçoit avec difficulté un point noir mobile entre les deux cordes vocales. Extraction facile et guérison. Koutsorodis pense que la sangsue implantée primitivement sur la couronne laryngée a gagné progressivement la région ventriculaire.

A. AUBIN.

G. DIDIER. — **Une nouvelle application de la section physiologique du nerf laryngé supérieur.** *Journ. des Soc. Méd. de Lille*, 1924, n° 2, p. 27.

Cette méthode pourrait être appliquée avec avantage et rendre des services au cours de la réaction post-radiothérapique, réaction souvent très douloureuse pendant les quinze jours ou trois semaines qui suivent l'application des rayons. Dans un cas de cancer pharyngo-épiglottique, Didier a ainsi obtenu la disparition de la dysphagie après injection d'une solution de cocaïne-morphine au niveau des laryngés supérieurs.

MOUNIER.

GAILLARD et RAVAUULT. — **Sur un cas d'épithélioma vestibulaire laryngé à localisations multiples.** *Lyon méd.*, 10 septembre 1923.

Il est exceptionnel de constater au larynx des tumeurs malignes multiples complètement indépendantes entre elles. Les auteurs en rapportent un cas où il y avait une ulcération vers le repli aryéno-épiglottique droit, et à gauche une petite tumeur à la partie externe du repli aryéno-épiglottique et sur la paroi postérieure du pharynx inférieur, deux végétations.

On pouvait penser à deux types de tumeurs, étant donnée l'allure papillomateuse de l'une, mais l'examen histologique a montré qu'il s'agissait dans ces différents points d'une tumeur épithéliale malpighienne à des stades plus ou moins jeunes. Dans l'une il y avait formation de globes cornés.

Au premier abord, on peut penser à un ensemencement à distance par greffe cancéreuse, greffe par contact. Pour d'autres on peut invoquer aussi l'opinion de Masson qui accuse la greffe par transport. Les auteurs vont essayer le traitement radiothérapique.

SARGNON.

SAINT-CLAIR THOMSON. — **Paralysie bilatérale des cordes secondaires à un néoplasme du sein.** *Journ. of Laryng and Otol.*, vol. XXXIX, n° 1, janvier 1924, p. 22).

Il s'agit d'une dame de 56 ans ayant eu en 1922 une paralysie de la corde gauche diagnostiquée par MM. Laurens et Landolt. Le professeur Widal trouva une compression du récurrent, par une tumeur médiastinale. La malade fit vérifier quelques semaines plus tard le diagnostic par l'auteur qui constata que les deux seins avaient été enlevés, l'un il y a seize ans, l'autre il y a deux ans. Quatorze mois plus tard, elle fit une paralysie de la corde droite. Elle n'avait aucune douleur laryngée, mais le thorax présentait des signes d'une tumeur de la base du poumon gauche. Quatre mois après elle mourut d'épuisement. La nécropsie ne put être faite ; mais à aucun moment, on n'avait pu constater ni ganglions cervicaux, ni cancérisation des cicatrices sur la poitrine. Mais à l'avenir l'auteur n'oubliera pas de rechercher des cicatrices possibles sur la poitrine de malades du sexe féminin présentant une paralysie de la corde.

QUIRIN.

COLLET. — **Laryngostomie pour rétrécissement du larynx. Résultats éloignés.** Soc. nat. de Méd. et des Sc. méd., 14 mars 1923, in *Lyon médical*, 25 oct. 1923.

L'auteur a eu l'occasion depuis 1906 de pratiquer une vingtaine de fois la laryngostomie pour rétrécissement du larynx, presque tous consécutifs au tubage.

Le cas qu'il présente a été laryngostomisé il y a trois ans : il portait une canule depuis l'âge de 1 an 1/2.

Opération classique sous anesthésie locale avec suture, trois sections parallèles sur le chaton cricoïdien. Dilatation caoutchoutée



immédiate. A plusieurs reprises, on dut débrider la fistule laryngo-trachéale. La voix est à peine voilée. La respiration nasale et buccale est bonne. Il ne reste plus qu'à faire la suture.

A une demande de M. Sargnon, Collet ajoute qu'il s'agissait d'un rétrécissement cricoïdien et que le cartilage thyroïde n'a pas été intéressé dans l'opération.

D<sup>r</sup> SARGNON.

**SARGNON. — Un cas d'ozène trachéal.** Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd., 14 mars 1923, in *Lyon médical*, 25 octobre 1923.

L'auteur a observé, ces temps-ci, 2 cas d'ozène trachéal, lésion assez rare.

Dans l'un il s'agissait d'un ozène latent au point de vue trachéal, c'est-à-dire se manifestant simplement par une légère gêne le long de la trachée.

Dans l'autre, c'est un ozène à forme asthmatique.

Le malade présenté concerne le premier cas survenu chez un jeune homme qui a été très amélioré par les injections intra-trachéales de pneumobiol, injections faites goutte à goutte. Dans ce cas, les croûtes intra-trachéales ont donné peu de signes. Faites sous le contrôle du miroir, les injections ont donné peu de toux.

Les cas d'ozènes trachéaux sont rares. Ils ont été décrits surtout par Luc et par Schiffers (Traité d'O. R. L. français). Les injections intra-trachéales donnent de bons résultats.

L'AUTEUR.

**BÉRARD et SARGNON. — Sifflet de la bronche gauche.** Soc. nat. de Méd. et des Sc. méd., 24 janv. 1923, in *Lyon médical*, 25 juin 1923.

Il s'agit d'un homme de 66 ans qui a avalé dans ses bronches un sifflet d'enfant, sifflet rond en fer blanc muni d'un trou central. Le malade siffle en respirant. Le corps étranger est à l'entrée de la bronche gauche à la radioscopie.

Les auteurs insistent sur la rareté de pareils corps étrangers dans les bronches. C'est le deuxième cas observé par Sargnon. Le premier vu chez un enfant a guéri par extraction, par bronchoscopie inférieure.

Les corps étrangers tombent le plus souvent dans la bronche droite, plus rarement dans la bronche gauche. Dans ce cas, il y eut de la suffocation immédiate lors de l'aspiration du corps étranger et de quintes de toux chez un malade qui, jusque là, n'était pas un tousseur. Cette symptomatologie est classique.

Etant donnée la difficulté du cas, les auteurs pensent faire la trachéostomie temporaire, puis la bronchoscopie inférieure.

SARGNON.

**BÉRARD et SARGNON. — Sifflet dans la bronche gauche. Extraction par bronchoscopie inférieure.** Soc. Nat. de Méd. et des Sc. méd. de Lyon, 7 fév. 1923, in *Lyon méd.*, 25 août 1923.

Le malade a été présenté il y a quinze jours. Il a été opéré depuis par trachéostomie temporaire, puis bronchoscopie inférieure : on a pu retirer le corps étranger avec un crochet.

Les suites ont été mouvementées. Le corps étranger irrégulier a ramené des lambeaux de muqueuse. Il y a eu de la température, de l'emphysème sous-cutané du cou et du sommet du thorax, ce qui a obligé à remettre d'urgence la canule, qui a donné issue à de nombreux caillots sanguins. Ultérieurement, le malade s'est découvert volontairement pendant une demi-heure, il a pris un foyer de congestion pulmonaire dont il a guéri, malgré son âge. La canule a été enlevée.

Dr SARGNON.

J. HARKAVY. — **L'asthme bronchique.** *Journal A. M. A.*, t. LXXXII, n° 2, 12 janvier 1924, p. 100.

Série de 4 cas avec affection cardio-vasculaire concomitante. Harkavy s'attache à prouver que l'asthme n'était pas la conséquence, mais la cause de l'affection cardio-vasculaire. Opinion basée sur les antécédents, les tests cutanés, l'amélioration par désensibilisation. Cette amélioration, tant de la dyspnée que des symptômes cardiaques subjectifs, est due à l'amélioration de la circulation. (Cessation de l'effort du ventricule droit, consécutif aux attaques d'asthme).

E. STEINFELD. — **Mycoses bronchiques associées à certains types d'asthme bronchique.** *Journ. A. M. A.*, t. LXXXII, n° 2, 12 janvier 1924.

En dehors des types bien connus et graves de mycoses pulmonaires (actino-mycose, streptothricose, etc.), il en est d'autres moins connus, généralement caractérisés par de l'asthme et de la bronchite chronique et qui sont dus à des levures des genres *Monilia*, *Cryptococcus* et *Endomyces*. Steinfeld a ainsi pu démontrer l'existence de bronchomycoses dans une série de 15 sujets où n'était décelable aucun état allergique par rapport aux pollens, aux protéines épidermiques ou élémentaires. Il y avait toujours de l'éosinophilie sanguine tant chez les sujets que chez les animaux inoculés avec les cultures provenant des crachats. Ces malades ont été favorablement influencés par l'iode et des vaccins préparés avec ces levures.

GUILLEMINET. — **Technique, indication et valeur de la thoracoplastie extra-pleurale dans la tuberculose pulmonaire et dans la dilatation des bronches.** Thèse Lyon, 1923.

Nous mentionnons cette thèse inspirée par le professeur Bérard, car le laryngologiste a malheureusement beaucoup à s'occuper de tuberculose pulmonaire.

La tuberculose pulmonaire n'est justiciable de la thoracoplastie qu'à condition d'être, au moins cliniquement, unilatérale. Pratiquement il faut opérer quand le pneumo-thorax est irréalisable par suite d'adhérences ou quand il s'est compliqué d'épanchements qui rendent impossible son entretien.

Pour les bronchiectasies, l'auteur conseille la thoracoplastie large dans le cas où elle s'impose.

Il apporte à l'appui deux observations avec grosse amélioration. L'un de ces deux cas très récent laisse même espérer un résultat plus complet.

Dr SARGNON.

**GERDERE.** — **Les pneumococcies prolongées chez le nourrisson.** *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 février 1923.

L'auteur constate qu'à côté des infections pneumo-cocciques, il existe des formes à évolution prolongée dans lesquelles, en dehors de toute complication supprimée, le pneumocoque garde plus ou moins longtemps sa virulence en déterminant des affections fébriles. Le fait se voit notamment sous forme de pneumococcies rhino-pharyngées.

On connaît les formes subaiguës de la laryngite à pneumocoques chez le nourrisson, la fréquence de l'otite suppurée, la stomatite plus ou moins étendue, la laryngite, la trachéite, la trachéo-bronchite qui fait penser parfois à la bacillose. Parfois, ces pneumo-coccies des voies respiratoires supérieures rappellent l'accès intermittent du paludisme. Plus souvent ce sont des recrudescences fébriles durant de trois à six jours. Les adénites cervicales sont fréquentes dans ces cas. A côté de ces cas, il y a des pneumococcies pulmonaires et des pneumococcies prolongées avec septicémie.

Le diagnostic de ces formes traînantes est souvent difficile. La recherche du pneumocoque dans les voies respiratoires dans le sang facilite le diagnostic. L'évolution prolongée peut relever de plusieurs causes : inoculations répétées dans un foyer d'infection pneumococcique, lésion chronique des voies respiratoires, lenteur de l'immunité acquise. Il est donc nécessaire de protéger le petit malade contre les inoculations nouvelles.

SARGNON.

**PALIARD et DECHAUME.** — **Cancer primitif du poumon.** *Journal de Méd. de Lyon* 5 juillet 1923.

Nous signalons cet intéressant article, car la paralysie récurrentielle est très importante en pareil cas, l'examen laryngoscopique venant confirmer ainsi le diagnostic de néoplasme pulmonaire.

D<sup>r</sup> SARGNON.

**SARGNON.** — **Quatre nouveaux cas de corps étrangers de l'œsophage.** *Soc. nat. de Méd. et des Sc. méd.*, 28 février 1923, in *Lyon médical*, 25 septembre 1923.

Ces 4 cas concernent : un cas d'arête du pharynx inférieur avec œdème laryngé, et 3 cas œsophagiens et morceau de viande obstruant une sténose cicatricielle diaphragmatique chez une enfant de 4 ans, un os enclavé dans la bouche de l'œsophage et un dentier fixé vers la partie supérieure du sternum. Dans 2 de ces cas, nous avons fait volontairement le désenclavement cocaïnique au cours de l'œsophagoscopie ; pour l'os et le dentier la descente s'est faite au cours de l'œsophagoscopie, malgré nous. Le résultat a été bon dans tous les cas.

A noter que dans le cas du dentier, très difficile, très enclavé, il avait été fortement pris avec les pinces, de sorte que, dans l'intestin, il a achevé de se fragmenter et la sœur n'a pu le retrouver. Mais des radiographies successives ont montré sa présence dans l'intestin, puis sa disparition complète. La malade a d'ailleurs complètement guéri.

Le dentier s'est fragmenté et la sœur qui cherchait un dentier complet dans les selles n'a pas trouvé les morceaux.

Comme conclusions, l'auteur rapporte les résultats de sa pratique :

1° Pour les corps étrangers récents non dangereux, il a proposé et utilisé le désenclavement cocaïmique qui lui a donné le plus souvent de bons résultats, sans accidents d'ailleurs. Cette méthode n'est à utiliser que pour les corps étrangers récents et non dangereux.

2° Souvent, au cours de l'œsophagoscopie, il a obtenu le désenclavement quelquefois volontaire, mais le plus souvent involontaire. La position assise favorise le désenclavement, ainsi que la cocaïnisation intense ; mais la chute du corps étranger se voit même chez les malades qu'on opère couchés.

Un corps étranger piquant qui séjourne dans l'intestin peut être dangereux. Chevalier-Jackson dit que si la radiographie le montre plus de cinq jours dans le même endroit de l'intestin il faut opérer ; il a vu un accident mortel pour une épingle restée dans l'intestin. Nous n'avons jamais eu d'incidents du côté de l'estomac ou de l'intestin.

Par contre, depuis 1906, sur une vingtaine de cas, au moins, de corps étrangers, l'auteur a perdu quelques malades : un enfant infecté avec température de 40°, mort par syncope malgré la trachéotomie, au cours d'une unique tentative d'extraction avec un crochet de Kirrmisson ; un cas de mort de médiastinite malgré l'extraction de l'os huit jours après son ingestion ; un cas de mort d'abcès cervico-thoracique pour une tête de poisson, opéré par œsophagoscopie, alors que le malade était déjà très fébrile ; un cas de mort pour dentier au niveau du diaphragme, dentier qui avait été retiré par gastrostomie (Bérard et Santy) après insuccès de l'œsophagoscopie. En somme, dans tous ces cas, il s'agissait de malades déjà infectés et l'œsophagoscopie n'est pratiquement responsable d'aucun d'eux.

Dans la discussion, Garel constate la remarquable tolérance de l'œsophage pour certains corps étrangers ; un cas de quarante-huit jours avec expulsion spontanée et un cas de deux ans dans l'œsophage avec paralysie d'une corde vocale et expulsion spontanée. Bérard conseille l'extraction le plus tôt possible par les voies naturelles et, en cas d'insuccès, par œsophagotomie. L'auteur.

**SARGNON. — Rétrécissement congénital de la partie inférieure de l'œsophage, constaté chez un enfant.** Soc. nat. de Méd. et des Sc. méd., 24 janv. 1923, in *Lyon médical*, 25 juin 1923.

Enfant 10 ans ; la gêne œsophagienne a commencé vers 5 ans 1/2. Pas d'antécédents de corps étrangers, ni de rétrécissement cicatriciel. Arrêt d'une bougie vers 27-28 centimètres des arcades dentaires. La radioscopie pratiquée par le Dr Papillon a montré un arrêt net au niveau de la partie supérieure de l'estomac. On pense à une sténose sus-cardiaque. L'œsophagoscopie a montré une faible dilatation sus-jacente et non pas un méga. Il y a un obstacle membranoïde vers le diaphragme avec un petit pertuis central qui laisse filtrer le liquide stomacal. L'auteur pense qu'il s'agit d'une sténose congénitale. Il en a déjà observé un cas, mais il s'agissait d'une oblitération totale, de sorte que le nouveau-né est mort, malgré la gastronomie.



Le type de sténose incomplète est heureusement plus fréquent. Des cas ont été publiés par Guisez et Sencert. Ils ont vu surtout des formes valvulaires avec un orifice plus ou moins latéral.

M. Cayet se demande si la diathermie pourrait donner de bons résultats en pareils cas, comme dans les rétrécissements congénitaux de l'uretère.

SARGNON.

**GARNIER. — A propos du diagnostic des diverticules de Zenker.** Soc. nat. de méd., 14 mars 1923, in *Lyon médical*, 10 nov. 1923.

L'auteur rapporte un cas de diverticule de la partie supérieure de l'œsophage et rappelle les signes de début décrits par Garel : salivation excessive, avalement de travers, quintes de toux suffocantes, sécheresse de gorge, picotements allant jusqu'à la nausée et au vomissement. On peut penser à tort à une pharyngite chronique ou à une affection gastrique, puis la dysphagie augmente. Parfois il y a une aphonie ou dysphonie, parfois une tumeur du cou. On constate aussi de la rétention muqueuse au niveau des deux fosses pharyngo-laryngées, sécrétion prédominant nettement du côté de la lésion. Enfin, le diagnostic se complète par la radioscopie, le cathétérisme et l'œsophagoscopie.

L'auteur insiste tout particulièrement sur les trois points suivants : le rejet d'aliments ingérés parfois plusieurs jours avant, la présence continue dans les deux fossettes latérales de mucus très abondant et très aéré avec prédominance du côté de sa lésion, et la sensation se gargarillant à la déglutition. Ces trois signes, Garel les considère comme la triade symptomatique précoce. Les deux derniers ne sont pas signalés dans les traités classiques. Vialles rapporte dans sa thèse.

SARGNON.

**NOGIER. — Traitement par le radium des néoplasmes de l'œsophage.** Soc. Nat. de Méd. et des Sc. méd., 7 mars 1923, in *Lyon médical*, 10 octobre 1923.

Dans cette importante communication, l'auteur préconise la sonde porte-radium de Wasmer de Genève, dont il explique le maniement et qui, pour lui, rend de grands services dans les cas difficiles.

L'auteur emploie pour les rétrécissements néoplasiques trois procédés différents :

1° Si le rétrécissement néoplasique n'est pas trop serré, il fait déglutir un tube de radium enrobé de gutta-percha. On repère la position de tube par rapport au néoplasme par la radioscopie. Le cordonnet de soie est fixé à la joue. Le malade peut boire un peu de lait. Un de ses malades traité en 1919 par cette méthode continue à aller bien.

2° Si le rétrécissement est plus serré, il emploie la sonde porte-radium de Wasmer.

3° Pour Nogier le procédé d'œsophagoscopie est assez traumatisant. La difficulté commence surtout quand il faut retirer le tube d'œsophagoscopie, manœuvre qui déplace souvent la sonde. Il faut toujours contrôler l'application du radium par la radioscopie. La muqueuse normale de l'œsophage est très radio-sensible.

Une longue discussion s'engage à ce sujet. Bérard constate le déplacement habituel des appareils fixés simplement par un fil. Souvent les tubes ne sont pas assez filtrés pour l'œsophage. D'autre part, il est difficile d'irradier toute la hauteur de la sténose œsophagienne qui a souvent 5 à 8 centimètres de haut. Il préconise et utilise la gastrotomie sous anesthésie locale, opération qui met au repos l'œsophage. On peut alors faire l'application par voie rétrograde, mais le mieux c'est d'utiliser la sonde en gomme mi-souple avec les tubes porteuradium à l'intérieur, sonde ressortant par la bouche ou par le nez.

Tous ces résultats ont été vus avec Sargnon, mais malheureusement on n'a jamais que des améliorations de la dysphagie et pas de résultats durables. Il y a aussi des déboires : fistules, infections médiastinales, hémorragies.

Sargnon, à ce propos, ajoute de nouveaux renseignements, et rappelle ses travaux en 1920 à la Société Française de Laryngologie, à la Société belge de Laryngologie, et la thèse de Bertholon, Lyon, 1920.

Comme voies d'application du radium, Bérard et Sargnon ont utilisé une fois la voie externe cervicale, après résection de la bouche de l'œsophage néoplasique. La récédive est survenue néanmoins. La voie interne est la voie de choix. La voie rétrograde a été peu utilisée : il n'est pas toujours facile d'aller à la recherche du fil conducteur dans l'estomac.

La voie interne buccale comprend deux grands groupes de méthodes : les procédés sans œsophagoscopie et les procédés avec œsophagoscopie.

Les procédés sans œsophagoscopie sont les appareils spéciaux comme la tige flexible graduée de Boley, l'appareil de Jentzer, le fil conducteur bucco-gastro-intestinal que l'on fait avaler (méthode de Shipy) ; c'est la déglutition de l'appareil utilisable seulement pour les sténoses larges ; c'est surtout la sonde demi-molle, de préférence la sonde longue dont l'extrémité inférieure dépasse le néoplasme, car avec la sonde courte on irradie surtout le haut de la tumeur. Guisez préconise surtout la sonde longue avec les appareils radifères en flèche pour irradier toute la tumeur.

Les procédés avec œsophagoscopie comprennent deux méthodes : la méthode de la pince et la méthode de Chevalier-Jackson, le tube aspirateur servant de conducteur. La vérification radioscopique est nécessaire pour voir s'il n'y a pas eu déplacement.

Sargnon a étudié depuis de longues années la question avec Bérardi et depuis deux ans ils rassemblent des documents pour leur livre qu, va bientôt paraître dans la collection Hartmann-Bérard, sur le cancer de l'œsophage. Ils ont fait une enquête personnelle dans le monde entier, surtout au point de vue des accidents. Ils en rapportent un certain nombre ; ce sont des accidents d'hémorragie, des accidents thoraciques, des destructions partielles de l'œsophage, etc... Nous ne pouvons rentrer dans le détail de ces cas.

Ils conseillent l'application de radium comme un palliatif et considèrent les guérisons comme absolument exceptionnelles. C'est d'ailleurs l'opinion formelle de Chevalier-Jackson.

La radiothérapie profonde a été utilisée pour le cancer de l'œsophage. Nombre de laryngologistes préconisent l'emploi simultané de

la radiumthérapie des rayons X, mais même la radiothérapie profonde peut amener des complications broncho-pulmonaires. Dans un cas de Sargnon, la radiothérapie profonde faite par le Dr Arcelin a amené une grosse amélioration suivie de récédive.

Le Dr Arcelin rapporte l'observation de ce cas vu par Sargnon : il constate que les rayons X chez ce malade ont donné une amélioration splendide mais de peu de durée ; la dose était-elle suffisante ?

Bérard conclut que la combinaison radium et radiothérapie profonde est séduisante *à priori*, mais a des inconvénients. La stérilisation des ganglions est difficile par les rayons X, l'épithélium œsophagien est particulièrement sensible au radium comme l'a montré Lacassagne.

SARGNON.

NICOLAS, MASSIA et DUPASQUIER. — **La syphilis tertiaire du bourgeon incisif.** *Journal de méd. de Lyon*, 5 août 1923.

La syphilis offre pour l'os incisif (bourgeon incisif de l'embryon), une prédilection marquée ; c'est un fait qu'il importe de mettre en relief, car il est peu connu, du moins en ce qui concerne les lésions de syphilis tertiaire.

Celles-ci, qu'elles soient en relation avec la syphilis héréditaire ou acquise, sont caractérisées anatomiquement par le développement d'une gomme au niveau de l'os incisif, et cliniquement par les faits suivants :

a) Symptômes d'ostéite gommeuse strictement localisée à la région inter-maxillaire évoluant le plus souvent en arrière des incisives supérieures vers la voûte palatine antérieure, quelquefois en avant sur la gencive, plus rarement au niveau du nez, avec un ébranlement progressif des incisives généralement saines et plus ou moins douloureuses à la pression.

b) Développement des accidents sur l'os incisif à l'exclusion des autres parties du maxillaire. Cette indépendance lésionnelle est sans doute la conséquence de l'origine embryologique particulière de l'os incisif.

c) Evolution insidieuse du processus gommeux.

Le diagnostic de tels accidents est facile, à condition d'y penser. Parfois on devra le discuter surtout avec celui d'abcès dentaire, de kyste paradentaire, de pyorrhée alvéolaire, et dans le cas d'évolution nasale, de sinusite maxillaire.

Le traitement sera tout d'abord essentiellement et patiemment médical, et ne cédera la place à la chirurgie qu'après avoir épuisé les ressources antisypilitiques.

SARGNON.

MOURIQUAND et DECHAUME. — **Dents d'Hutchinson frustes.** Soc. méd. des Hôpitaux, 17 avril 1923. In *Lyon méd.*, 10 septembre 1923.

Le cas a été observé chez une petite malade. La dent avait l'aspect classique en tournevis.

SARGNON.

MOURIQUAND et BARRIER. — **Myxœdème par absence de corps thyroïde. Vérification anatomique et histologique.** Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 17 avril 1923. In *Lyon méd.*, 10 septembre 1923.

Ce cas a été observé chez une enfant de 20 mois. Il y avait élargissement de la selle turcique. Affection pulmonaire aiguë et mort progressive. On n'a pas trouvé trace de corps thyroïde; le microscope n'en a pas montré non plus dans le tissu cellulaire de voisinage. L'hypophyse était un peu hypertrophiée, les surrénales un peu grosses.

SARGNON.

REBATTU et GAILLARD. — **Thyroïdite aiguë suppurée et péri-chondrite diffuse du cartilage thyroïde, d'origine streptococcique.** Soc. Nat. de Méd. de Lyon le 14 février 1923. In *Lyon méd.*, 25 août 1923.

Voici le résumé de l'observation :

Apparition brusque, chez un homme jeune et bien portant de signes de suppuration profonde de la région cervicale moyenne au milieu de phénomènes généraux graves. Evacuation spontanée de pus fétide par vomique.

A l'intervention, débridement d'une vaste collection thyroïdienne gauche et péri-laryngée. Mort le lendemain.

Autopsie : Péri-chondrite des deux ailes thyroïdiennes et abcès du lobe gauche du corps thyroïde fistulisé dans le pharynx. Il s'agissait d'un homme de 29 ans.

Les thyroïdites primitives sont exceptionnelles et les péri-chondrites presque toujours secondaires à la syphilis, au traumatisme, à la tuberculose. Les péri-chondrites primitives, niées par quelques auteurs, ont été décrites par d'autres. On trouvera un historique à ce sujet.

Le diagnostic différentiel entre la thyroïdite suppurée et la péri-chondrite suppurée est connu; mais quand il y a coexistence des deux lésions, le diagnostic complet est à peu près impossible. Dans le cas des auteurs, le malade a été opéré moins de vingt-quatre heures après son entrée dans le service, cinq jours à peine après le début de l'affection, et néanmoins il a succombé.

SARGNON.

DUNET. — **Goitre annulaire péri-trachéo-œsophagien** — Soc. de Méd. et des Sc. méd., 24 janvier 1923. In *Lyon médical*, 25 juin 1923.

L'auteur présente une pièce prélevée à l'autopsie d'une femme de 60 ans, morte au bout de quelques jours des suites d'un traumatisme cranien. Autant il est fréquent de voir un lobe thyroïdien hypertrophique s'insinuer entre la trachée et l'œsophage, autant il est rare de voir les deux lobes également hypertrophiés se réunir en avant de la colonne cervicale pour constituer un anneau thyroïdien complet enserrant la trachée et l'œsophage. Il s'agit d'un goitre et non d'une tumeur maligne. A noter que la trachée a résisté à l'écrasement, mais non l'œsophage.

SARGNON.



**BÉRARD et DUNET. — Tumeur de la glande inter-carotidienne.** Soc. de Méd. et des Sc. méd., 28 février 1923. In *Lyon méd.*, 10 septembre 1923.

Les auteurs présentent les pièces et l'observation de ce cas. Il existe 60 observations dans la littérature médicale, presque tous étrangers et publiés par des auteurs américains, italiens ou anglais. C'est le 4<sup>e</sup> cas français après ceux de Reclus et Chevassu, de Moresstin, de Descarpentries.

Les auteurs présentent cette pièce à cause de sa rareté et aussi parce qu'il s'agit d'une tumeur maligne, fait rare pour la glande inter-carotidienne. Etant donnée cette bénignité habituelle, Chevassu et Lecène ont préconisé l'abstention opératoire à cause de la gravité de l'intervention. Dans ce cas de Bérard et Dunet, la tumeur a été opérée le 1<sup>er</sup> septembre 1918, mais le malade a été choqué, il est mort dans le coma le 23 septembre.

SARGNON.

**LÉPINE, MOURIQUAND et RAVAUULT. — Zona ophtalmique et éruption du type varicellique simultanés, chez une enfant.** Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 27 février 1923. In *Lyon méd.*, 10 juin 1923.

C'est une enfant de 14 ans sans antécédents pathologiques. La ponction lombaire a donné un liquide normal. Cette observation est intéressante parce qu'il s'agit d'un zona ophtalmique chez l'enfant. Le fait est rare, mais surtout lorsqu'il y a coexistence sur le même malade d'un zona et d'une éruption varicellique.

Une bibliographie importante complète cette communication.

SARGNON.

**DURAND. — Hypertrophie diffuse des os du crâne et de la face. Léontiasis ossea. Dégénérescence sarcomateuse du maxillaire inférieur. Origine endocrinienne probable.** Soc. méd. des Hôp., 5 juin 1923. In *Lyon médical*, 10 décembre 1923.

Ce cas a été vu chez une jeune fille de 21 ans. Les radiographies montrent, entre autres, un épaissement osseux énorme avec une transparence anormale aux Rayons. La selle turcique est déformée et irrégulière. L'auteur pense pratiquer la résection du sarcome de la mâchoire inférieure.

SARGNON.

**COLLET. — Nævus sébacé développé sur le trajet d'une fente branchiale.** Soc. Nat. de Méd. et des Sc. méd., 21 mars 1923. In *Lyon médical*, 25 novembre 1923.

C'est un homme de 55 ans qui porte une longue file falciforme de petites tumeurs, verruqueuses, plus ou moins saillantes, partant du tragus, descendant sur la joue gauche, croisant le corps du maxillaire inférieur et se terminant un peu au-dessous, dessinant ainsi le trajet de la première fente branchiale.

L'auteur rappelle une malade analogue de Darier opérée par Sébi-leau, mais la trainée partait du tragus et se dirigeait vers le cartilage thyroïde. Elle correspondait à la 2<sup>e</sup> fente branchiale.

Mais l'examen histologique n'a pas confirmé l'assimilation de ce 2<sup>e</sup> cas. Dans le cas de Sébilleau, il s'agissait d'un branchiome cutané bénin. Dans le cas de Collet, c'était une hypertrophie considérable et cependant exclusive des glandes sébacées. Darier, qui a vu les préparations, pense que dans le cas de Collet, c'est un nævus développé sur une ligne de suture, malformation rare. SARGNON.

PORTER. — **Mes résultats éloignés dans la chirurgie thyroïdienne.** (*Surgery, gynecology and Obstetrics*, t. XXXVI, mai 1923, n° 5, p. 621).

Laissant de côté les goîtres simples, P. n'étudie que les cancers thyroïdiens et les goîtres exophtalmiques. Des premiers il a opéré 19 cas : 4 sarcomes et 15 carcinomes. Le développement peut en être rapide ou lent. Dans ce dernier cas, le symptôme d'alarme est donné par un accroissement plus ou moins brusque du volume ou de l'induration de la tumeur avec amaigrissement, paralysie récurrentielle, ou l'envahissement des tissus voisins ou des lymphatiques. L'envahissement de la trachée est particulièrement défavorable. Les cas les plus favorables sont les adénomes encapsulés avec dégénérescence maligne. P. préfère l'ablation (sous anesthésie locale) aux rayons X ou au radium qui doivent être réservés aux récidives aux cas inopérables et à ceux où l'opération n'a pu enlever toute la tumeur. Dans ce dernier cas l'irradiation doit être commencée aussitôt après l'opération.

Dans les goîtres exophtalmiques ou basedowifiés (204 cas avec 24 morts), l'auteur a utilisé la double ligature, et surtout l'hémi-thyroïdectomie et la thyroïdectomie subtotale ; son travail est en ce point principalement orienté vers les résultats de ces différentes opérations sur le métabolisme basal.

Les morts sont dues à l'hyperthyroïdisme, avec complications pulmonaires, aux complications cardiaques, à la tétanie (1 cas) ou à des causes accidentelles.

Les conclusions de P. sont : La radiothérapie, par son action sur la thyroïde et peut être le thymus, diminue les risques de l'opération et peut même guérir certains basedowiens. D'autre part il a vu des cas où la radiothérapie, même poursuivie pendant deux ans, n'a donné aucun résultat alors qu'ils ont guéri rapidement par l'opération. Donc, si au bout de six mois, les rayons X sont inopérants, il faut intervenir.

Le meilleur indice de guérison est le retour permanent du métabolisme basal à la normale. Quoique la ligature et l'hémi-thyroïdectomie guérissent de nombreux sujets, c'est la thyroïdectomie subtotale qui ramène le métabolisme à la normale le plus rapidement et d'une manière permanente. Les psychoses, si fréquentes, nécessitent un long traitement post-opératoire.

J. CUVILLIER.

W. C. PENFIELD. — **Endothéliomes craniens et intra-craniens. Hemicramosis.** (*Surg., gyn. and Obstetrics*, t. XXXVI, mai 1923, n° 5, p. 657).

Travail basé sur 18 observations avec examen histologique, dont 9 personnelles.

Il s'agit d'un groupe d'endothéliomes durs qui traduisent leur présence par une saillie du crâne, dure, typique, d'accroissement lent. Ce ne sont, comme certains l'ont soutenu, ni des hypertrophies invariablement situées le long du territoire cutané de la première branche du V ni de simples exostoses. Ce sont au contraire des endothéliomes de la dure-mère dont les noyaux sont disposés en palissades. Ils naissent de l'arachnoïde ou de la face interne de la dure-mère, refoulant le cerveau sans l'infiltrer. Ils perforent par places la dure-mère, puis le squelette crânien dont ils modifient la structure, en déterminant une activité ostéogénique. Si celle-ci est intense, il se forme une tumeur osseuse à la surface du crâne. Ces tumeurs qu'elles soient intra-crâniennes ou extra-crâniennes sont donc toujours univoques.

L'opération, dans les cas où le malade y a résisté, a entraîné la guérison. Le diagnostic peut parfois se faire cliniquement, avant l'apparition des graves symptômes cérébraux, par les caractères de la tumeur, dure, à accroissement lent, accompagnée de douleurs lancinantes à son niveau.

P. MOUNIER.

---

# NOUVELLES

---

## Nécrologie.

---

SIMON DUPLAY

1836-1924.

Le professeur Simon DUPLAY vient de s'éteindre à l'âge de 87 ans. Sa mort met en deuil, non seulement la chirurgie dont il a été, il y a quelque quarante ans, un des plus illustres représentants, mais aussi notre spécialité : Simon DUPLAY fut, en effet, un des précurseurs de l'otologie et de la rhinologie françaises.

Ses travaux de spécialité sont peu connus de la génération actuelle et, seul, son spéculum nasi nous rappelle l'intérêt qu'il portait aux affections des fosses nasales.

Aujourd'hui que l'Oto-Rhino-Laryngologie est solidement assise sur les deux bases indispensables que sont pour elle la Médecine et la Chirurgie, il est juste de rendre hommage à ceux qui ont permis à notre spécialité de devenir ce qu'elle est.

Or, de même que Proust et Gougenheim sont à l'origine du courant médical qui a fait de l'Oto-Rhino-Laryngologie une branche de la Médecine, de même Duplay est à l'origine du courant chirurgical qui en a fait une branche de la Chirurgie... Et ce double courant, cette double tendance que nos maîtres, Lermoyez d'une part et Sébileau d'autre part, ont si merveilleusement développés pour notre plus grand bien, constituent la caractéristique de l'Oto-Rhino-Laryngologie française. Ailleurs, les techniques spéciales — il faut le reconnaître — ont été poussées plus à fond ; en France, l'esprit médico-chirurgical général domine mieux le spécialiste qui, suivant son âge et ses caprices, affectionne plus volontiers tantôt la Médecine, tantôt la Chirurgie.

Aujourd'hui, les préférences de l'oto-rhino-laryngologie vont incontestablement à la Chirurgie. Soyons donc reconnaissants à Duplay de nous avoir, le premier, orienté dans la bonne voie, et saluons une dernière fois sa mémoire.

Le samedi 19 janvier, par une matinée froide, grise, triste, sous une pluie fine et pénétrante, en présence de sa famille, de ses amis, de ses élèves et des délégations qui l'avaient accompagné à sa dernière demeure, le professeur Delbet, au nom de la Faculté de Médecine, et le professeur Hartmann, au nom de la Société de Chirurgie,



ont retracé en termes émus et émotionnants, la carrière de celui qui avait été leur Maître; ils n'ont pas manqué de rappeler l'intérêt témoigné par Duplay à notre spécialité.

Voici ce que dit, à ce sujet, le professeur Hartmann :

« ... A cette époque déjà, lointaine, alors que l'oto-rhinologie n'existait, pour ainsi dire, pas en France, dans une série d'articles successifs, parus dans les *Archives générales de Médecine* qu'il dirigeait depuis 1867 avec Lasègue, Duplay vulgarisait chez nous les travaux étrangers sur l'anatomie et la physiologie, tant normale que pathologique, de l'organe, de l'ouïe, ainsi que les perfectionnements apportés aux diverses méthodes d'exploration de l'oreille. En même temps, il imaginait un spéculum nasi; il précisait le diagnostic des diverses maladies des fosses nasales et leur thérapeutique. On peut dire que, grâce à lui, la sémilogie et le traitement chirurgical des maladies des fosses nasales ont été transformés. DUPLAY a pris une part importante à l'évolution de cette chirurgie spéciale à peu près complètement délaissée dans notre pays avant ses travaux. Ces faits, déjà lointains, sont aujourd'hui un peu oubliés; nous devons les rappeler ».

Nous n'avons plus le droit maintenant d'oublier ce que nous devons à Simon Duplay.

F. L.

## École Française de Stomatologie.

20, Passage Dauphine, Paris.

L'Ecole Française de Stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la Stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

- 1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents;
- 2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la Stomatologie;
- 3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au :

Dr Bozo

Directeur de l'Ecole,  
20, Passage Dauphine, Paris.

Le Gérant : P. VIGOT.



# M É M O I R E S

---

## VINGT-CINQ CAS D'HÉMIPLÉGIE LARYNGÉE PAR BLESSURES DE GUERRE CONSIDÉRATIONS SUR L'INNERVATION DU LARYNX

Par **F.-J. COLLET**

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

---

J'ai volontairement retardé de plusieurs années l'exposé des documents qu'on va lire, parce que je désirais être fixé sur l'évolution ultérieure des paralysies laryngées traumatiques et les comparer avec le plus grand nombre possible de paralysies spontanées. Le traumatisme, ici comme ailleurs, a réalisé de véritables expériences physiologiques et permis de préciser quelques points que la pathologie avait laissés obscurs.

Les sections des nerfs du larynx ont dû être excessivement nombreuses au cours de la guerre, mais dans leur immense majorité elles n'ont pu être étudiées en raison de la mort immédiate qu'entraînait le traumatisme d'un nerf qui chemine entre deux gros vaisseaux; de telle sorte que les observations que j'apporte constituent dans leur ensemble une série assez importante. En effet, si parmi les blessés qui ont passé par mes mains je retiens seulement ceux du domaine otolaryngologique dont j'ai pu retrouver et classer les observations, j'arrive à un total de 1.717; la proportion est donc de 1 pour 68. Cette proportion est considérable, si on la compare à celle de ma pratique hospitalière civile qui comprend seulement 192 hémiplegies laryngées, pures ou associées, sur un total d'un peu moins de 29.000 observations d'affection otolaryngologiques, soit un pour 150, c'est-à-dire la moitié à peine du rapport précédent.

Ces hémiplegies ainsi qu'on va le voir, ont été produites par des lésions anatomiques assez variées: lésion du récurrent, lésion du pneumogastrique au sommet du thorax, du pneumogastrique cervical, du ganglion plexiforme à sa partie inférieure ou supérieure

et, de ce fait leurs symptômes n'ont pas toujours été identiques. Dans certains cas il semble qu'il y ait eu section nerveuse, dans d'autres compressions entraînant tantôt uniquement des phénomènes de déficit, tantôt adjonction de phénomènes irritatifs, et parfois compatibles avec un retour fonctionnel plus ou moins incomplet. Il n'a pas toujours été facile de savoir à laquelle de ces catégories on avait affaire.

Dans une étude de ce genre, la marche à suivre me paraît devoir être la suivante : 1° exposer les documents cliniques ou anatomo-cliniques et essayer d'arriver pour chacun d'eux à déterminer le siège exact de la lésion nerveuse ; 2° les classer en catégories ; 3° cette discussion longue et assez délicate une fois terminée, étudier les signes cliniques, fonctionnels et surtout objectifs, et voir en quoi ils diffèrent dans chacune de ces catégories ; 4° les suivre dans leur évolution ; 5° montrer comment ces symptômes pourront plus tard, dans des cas non traumatiques où toute présomption topographique fait défaut, servir à diagnostiquer le siège d'une lésion nerveuse ; 6° voir enfin dans quelle mesure les conclusions plausibles aident à la solution des questions primordiales encore en suspens au sujet de l'innervation du larynx et peuvent infirmer ou confirmer les hypothèses émises à son sujet.

Ce travail, strictement personnel, est assez compliqué pour que j'aie tenu à ne le surcharger d'aucune addition bibliographique.

### I. — Exposé et discussion des documents

Les âges respectifs de ces 23 cas ont été :

Sept de 20 à 23 ans ;

Six de 24 ans ;

Huit de 25 à 30 ans ;

Quatre de 31 à 41 ans.

Cette notion a peut-être quelque importance au point de vue du trouble vocal et de la plus ou moins grande facilité avec laquelle s'établit éventuellement la compensation par la corde vocale saine.

#### DÉTERMINATION ANATOMIQUE DU SIÈGE DE LA LÉSION NERVEUSE.

Pour résoudre ce premier point, je me suis basé sur le siège de la blessure, et sur la direction du projectile, quelquefois établie avec certitude par l'orifice de sortie ; d'autres fois le projectile a été en outre localisé par la radiographie ; dans quelques cas, le

siège a pu être précisé grâce à la coexistence d'autres lésions nerveuses ou de lésions vasculaires.

*Siège de la paralysie. Statistique.* — Sur les 25 cas réunis il y en avait 9 d'hémiplégie laryngée droite, contre 16 d'hémiplégie laryngée gauche.

Dans quatorze cas l'hémiplégie était limitée au larynx, dix fois siégeant à gauche et quatre fois seulement à droite.

Dans onze cas l'hémiplégie laryngée était associée à d'autres paralysies unilatérales ; ces associations se répartissaient ainsi qu'il suit :

Trois fois il y avait atteinte simultanée des quatre derniers nerfs craniens et, dans deux de ces cas, participation plus ou moins accusée du sympathique cervicale ; dans l'un d'eux il y avait eu une paralysie transitoire du facial.

Trois fois il y avait atteinte des racines du plexus du brachial.

Quatre fois, atteinte de l'hypoglosse et dans deux de ces cas atteinte simultanée du sympathique cervical.

Une fois, une paralysie complexe (obs. XXV).

On remarquera donc qu'il y a eu au total huit fois atteinte simultanée de l'hypoglosse et quatre fois du sympathique cervical.

*Point de pénétration.* — Le point de pénétration du projectile n'était pas toujours du côté de la paralysie laryngée. Cette concordance n'existait que dans vingt et un cas. Voici le résumé des autres : dans un cas (obs. I), un projectile entré par la région zygomatique droite était allé se loger au-dessus du dôme pleural gauche, traversant obliquement le pharynx et la région préépiglottique ; dans un deuxième un projectile entré par le sillon nasogénien gauche, traversant le sinus maxillaire, était allé aboutir à l'insertion supérieure du sterno-cléido-mastoïdien droit (obs. IX) ; dans un troisième, un éclat pénétrant dans le thorax près de l'extrémité sternale de la clavicule droite avait déterminé un hémithorax gauche (obs. XI) ; dans un quatrième des paralysies multiples s'étaient installées, à longue échéance, du côté opposé à une ancienne blessure de guerre (obs. XXV). Je cite pour mémoire un cas (obs. XVIII) où un projectile entré par la région mastoïdienne gauche traversant le pharynx, était ressorti par la région thyro-hyoïdienne droite, mais dans ce cas la paralysie siégeait à gauche.

*Lésion du pneumogastrique ou lésion du récurrent ?* — Les renseignements ci-dessus consignés ne sont pas totalement dépourvus



d'importance, puisque c'est en partie grâce à eux que j'ai pu préciser le siège de la lésion nerveuse. Une première question se pose en effet : quels sont parmi ces cas d'hémiplégie laryngée, ceux qui relèvent d'une lésion du récurrent, quels sont ceux qui relèvent d'une lésion du pneumogastrique ?

*Hémiplégies laryngées associées.* — Dans les trois cas où l'hémiplégie laryngée était associée à une hémiplégie vélo-palatine ou scapulaire, pharyngée et linguale, la lésion du pneumogastrique ne faisait aucun doute; il est clair qu'elle portait sur la partie supérieure du ganglion plexiforme; d'ailleurs dans ces trois cas le siège ou la nature de la blessure ne permettaient guère l'erreur : projectile derrière la mastoïde (obs. II), projectile entré dans la région génienne et sorti à trois travers de doigt au-dessous de l'occipital (obs. VII) et lésion de la carotide (obs. XXIII).

La participation de l'hypoglosse ne fournit pas la même certitude : on sait que l'hémiplégie glosso-laryngée peut relever d'une lésion de l'hypoglosse et du récurrent et que celle du pneumogastrique n'est point nécessaire; toutefois, dans les deux cas où il y avait aussi participation du sympathique cervical la lésion du pneumogastrique devenait plus probable; dans les quatre cas, d'ailleurs, le siège de la lésion était significatif : angle du maxillaire inférieur (obs. IV), région sous-mastoïdienne (obs. XXII), du sillon nasogénien gauche à l'insertion supérieure du sterno-cléido-mastoïdien droit (obs. IX), de la partie moyenne du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien gauche, à deux travers de doigt au-dessus et en dehors de l'extrémité interne de la clavicule (obs. X). Dans les trois premiers de ces cas, la blessure était trop élevée et dans le quatrième trop externe pour intéresser le récurrent.

*Hémiplégies laryngées pures.* — Viennent ensuite seize cas d'hémiplégie laryngée, soit pure, soit associée à une lésion du plexus brachial. Dans la plupart d'entre eux le trajet du projectile était trop élevé pour qu'on pût songer au récurrent; la blessure occupait la région mastoïdienne (cinq cas), la région cervicale moyenne, l'angle du maxillaire ou la région thyro-hyôïdienne; dans un cas elle était trop externe pour intéresser ce nerf (obs. XXIV). Dans un cas (obs. I), la lésion du récurrent a été constatée à l'autopsie; dans un autre (obs. XXV), il s'agissait d'une lésion radiculaire ou centrale.

Examinons les sept cas restants : pour trois d'entre eux (obs. V, VI et XI), l'expérimentation sur le cadavre montre que

le pneumo-gastrique a dû être intéressé ; pour un quatrième (obs. III), cette lésion est probable, mais non certaine ; pour un cinquième la ligature de la jugulaire rend probable l'atteinte du pneumogastrique, bien que le vaste hématome signalé ait pu cependant, à la rigueur, intéresser le récurrent ; je le crois vraisemblable pour l'observation XVII (éclats multiples sur la paroi latérale du cou) et j'ai admis la possibilité dans l'observation XVI d'une lésion du récurrent à son entrée dans le larynx, sans affirmer qu'il y ait toujours eu parfaite intégrité de l'organe.

On arrive ainsi à un total de dix-neuf hémiplegies laryngées par lésion du pneumogastrique dont six à droite et treize à gauche, de trois hémiplegies laryngées reconnaissant probablement la même cause, de deux hémiplegies laryngées par lésion récurrentielle, l'une constatée à l'autopsie, l'autre vraisemblable, enfin d'une hémiplegie par lésion radiculaire ou centrale.

*Plus grande fréquence des lésions du pneumogastrique.* — Il y a donc deux faits à enregistrer : la plus grande fréquence des lésions du pneumogastrique comparativement à celles du récurrent, et leur plus grande fréquence à gauche. La première de ces particularités s'explique avant tout par cette considération que le pneumogastrique cervical, étant beaucoup plus long, a beaucoup plus de chance d'être frappé ; le récurrent est beaucoup plus court et la situation plus profonde, intrathoracique de son trajet, expose à des lésions concomitantes des viscères ou des gros vaisseaux thoraciques non compatibles avec la survie ; de même sa situation plus médiane, dans son trajet ascendant, expose à des lésions trachéo-œsophagiennes susceptibles d'entraîner assez rapidement la mort. Quant à la prédominance des lésions du côté gauche, je ne me l'explique pas et peut-être dans une statistique portant sur des chiffres aussi restreints n'est-elle que l'effet du hasard.

Obs. I (résumée). — D... Jean, 24 ans, cuisinier, blessé à Mulhouse le 19 août 1914, entre dans mon service le 23 août. Dans ses antécédents, il y a seulement à relever, peu après son service militaire, une bronchite qui dura deux mois. Il a été frappé d'une balle qui a pénétré dans la région temporale droite, au-dessus de l'apophyse zygomatique ; il a saigné abondamment par la bouche et par le nez ; douze heures après, il crachait encore du sang. La perte de la voix a été immédiate. Blessé, il est resté une journée entière sur le champ de bataille.

Actuellement, on constate à la tempe droite l'orifice d'entrée minuscule d'une balle, immédiatement au-dessus de l'arcade zygomatique. A l'examen du pharynx apparaît une ecchymose du voile du palais,

au-dessus du pilier antérieur droit. L'examen laryngoscopique montre une ulcération du sillon glosso-épiglottique, tapissée de fausses membranes et laissant sourdre un peu de pus. En raison de la constatation de ces fausses membranes, un spécialiste avait conclu à une angine diphtérique et envoyé la malade dans le service des angines que je dirigeais à cette époque.

L'épiglotte est rouge, oedémateuse, déformée; elle cache en partie la corde vocale droite; la corde vocale gauche est complètement immobile. L'aphonie est complète.

Extérieurement, on trouve sur le côté gauche du larynx (vers le cricoïde) un point douloureux avec un peu de rougeur et d'œdème.

La radiographie montre une balle dans la région du sommet du poumon gauche, un peu à gauche de la colonne vertébrale et au même niveau que la clavicule. A la radioscopie pratiquée par le Dr Barjon cette balle se déplace avec les mouvements respiratoires et paraît siéger dans le sommet du poumon.

L'examen bactériologique des fausses membranes montre qu'il ne s'agit pas de diphtérie, et cependant le malade continue à expectorer des masses fibrineuses et ramifiées ressemblant à des moules bronchiques.

L'état général est mauvais, la température dépasse 40°. Les urines très foncées, albumineuses (plus de 2 grammes par litre), donnent la réaction de Weber et montrent après centrifugation de nombreux globules rouges et quelques cylindres granuleux; de plus il y a de la polyurie (1.700 cc. à 2.300 cc.) qui s'est maintenue jusqu'à la mort. Le 29 août, pyurie, et apparition d'un abcès dans la région de l'hypocondre gauche.

Au début de septembre, signes de bronchite généralisée, puis apparition d'une orchite droite douloureuse; pollakiurie; dyspnée vive (70 respirations à la minute); température atteignant 40,8. Mort le 5 septembre au matin.

L'autopsie montre la balle au-dessus de la clavicule gauche, immédiatement en arrière du chef interne du sterno-mastoïdien gauche.

Le larynx présente : 1° une perforation dans le sillon glosso-épiglottique à peu près sur la ligne médiane.

2° Une perforation de la lame gauche du cartilage thyroïde, assez haut située, très au-dessus de la bande ventriculaire; rien à l'aryténoïde gauche;

3° Autour du récurrent gauche, un épanchement sanguin l'englobant complètement.

L'autopsie montre, en outre, une pyonéphrose très étendue du rein droit, qui le réduit à une cavité limitée par une paroi ecchymotique et divisée en poches remplies d'une urine trouble, et une tuberculose massive de l'épididyme, massive et déjà ramollie. Le rein gauche présente à la coupe une demi-douzaine de petits abcès et une douzaine au moins de tubercules récents.

L'observation est intéressante à plusieurs points de vue : d'abord à cause des exsudats pseudo-membraneux qui purent faire croire à une infection diphtérique, plus tard en raison de

l'apparition des symptômes d'une affection viscérale grave à évolution jusque-là latente.

Le traumatisme lui-même était en somme assez singulier : une balle, pénétrant au-dessus de l'apophyse zygomatique droite, était allée se loger au-dessus du sommet du poumon gauche. Pendant la vie il n'était pas difficile d'en reconstituer exactement le trajet : l'orifice d'entrée, encore nettement visible sous la forme d'une croûte minuscule, l'ecchymose du voile du palais, la surdité de l'oreille droite sans lésion tympanique, l'exsudat pseudo-membraneux dans le sillon glosso-épiglottique, la tuméfaction de l'épiglotte, le point douloureux à la pression sur le côté gauche du larynx, l'hémiplégie laryngée constatée au miroir, enfin la radioscopie du thorax, permettaient de vérifier point par point les dégâts laissés à son passage : entrée au-dessus de l'apophyse zygomatique, elle avait pénétré dans le pharynx nasal par sa paroi externe, traumatisant la trompe droite, éraflant la face supérieure du voile du palais, puis traversé obliquement le pharynx buccal pour se glisser dans le sillon glosso-épiglottique, ressortir sur la face gauche du larynx, traumatiser le récurrent gauche, et se loger enfin au sommet du poumon. On aurait pu de prime abord attribuer l'aphonie à une lésion organique du larynx, mais le laryngoscope n'y montrait pas de gros dégâts : il y avait seulement une tuméfaction légère de l'épiglotte à droite, par contre une immobilité absolue de la corde vocale gauche, et cela sans aucune tuméfaction aryténoïdienne pouvant faire conclure à une immobilisation passive. Il s'agissait bien d'une hémiplégie laryngée, par section ou compression du récurrent, ayant entraîné une aphonie subite.

Quant aux autres symptômes, température élevée, hématurie, pyurie, ils s'expliquèrent bien avant l'issue fatale.

OBS. II. — P... M., 22 ans, sous-officier d'artillerie, m'est adressé le 1<sup>er</sup> septembre 1914, par le professeur Aug. Pollosson. Le 26 août, il a reçu un projectile derrière la mastoïdite droite ; actuellement, il se plaint de troubles intenses de la déglutition, de bourdonnements et de surdité de l'oreille droite. Je pus conclure à un épanchement de la caisse et de fait, la paracentèse immédiatement pratiquée donna issue à un liquide citrin. La fonction labyrinthique était conservée. Ecchymoses de la luette et du voile du palais surtout à droite. Il y a eu une légère hémoptysie le lendemain et le surlendemain de la blessure. La rhinoscopie postérieure, outre une hypertrophie appréciable du tissu adénoïde du cavum, montre la saillie du pavillon tubaire très effacée à droite. La radiographie montre un projectile arrondi situé à la base du crâne et vu en projection derrière la branche du maxillaire.



La langue est un peu déviée à droite. Examen du goût : la quinine et le sel sont perçus comme âpres et seulement lorsqu'il y a eu contact avec le voile du palais et après badigeonnage des deux côtés. Il y a une gêne prononcée de la déglutition pour les solides.

7 septembre. — Il existe un thrill limité, peu intense, en arrière de l'angle du maxillaire droit. Depuis quatre à cinq jours, le blessé se plaint d'accès de faiblesse dans les membres du côté gauche ; il serre moins fort de la main gauche que de la droite.

9 septembre. — Même thrill que précédemment ; à l'auscultation, en ce point, souffle continu à redoublement systolique. La difficulté de la déglutition persiste.

14 septembre. — Le blessé est enrôlé depuis quelques jours ; il affirme ne pas l'avoir été auparavant et on n'avait pas remarqué, à l'occasion des précédents examens, d'altération de la voix. Le laryngoscope montre une paralysie de la corde vocale droite immobilisée sur la ligne médiane ; il existe de plus, une hémiplegie vélo-palatine droite et une déviation de l'épiglotte à droite.

16 septembre. — Le thrill se perçoit jusqu'à la clavicule. L'examen du goût est pratiqué avec du sucre et de la quinine ; le goût amer est désigné comme âpre et guère mieux senti à gauche qu'à droite. L'épaule droite est nettement abaissée et se relève difficilement.

18 septembre. — Le blessé se dit un peu amélioré ; en réalité les phénomènes persistent, la paralysie de la corde vocale droite est au moins aussi accentuée. Pouls 94. Les bourdonnements d'oreille, systoliques, sont surtout prononcés quand le blessé tourne la tête à droite, c'est-à-dire du côté malade. Une radiographie de profil montre le projectile à la base du crâne. Il y aurait un léger trouble de la vue à droite et semble-t-il un peu d'énophtalmie, mais pas de troubles pupillaires.

21 septembre. — Le thrill est plus nettement perceptible dans la région sus-claviculaire que plus haut. Pouls 96. Le malade se plaint toujours de dysphagie ; c'est le symptôme sur lequel il appelle l'attention. Il a une grande difficulté à avaler une boulette de viande qui l'étouffe. Outre l'hémi-paralysie vélo-palatine, on constate très nettement l'hémi-paralysie du constricteur du pharynx ; dans la phonation toute la moitié droite de la paroi postérieure du pharynx, inerte, est entraînée à gauche par la contraction de la moitié restée saine.

17 octobre. — Grande amélioration fonctionnelle. Le blessé avale bien, la voix est devenue presque normale, quoique un peu élevée comme tonalité. Objectivement la corde vocale droite est toujours immobile, l'autre s'affrontant presque, mais son aryténoïde est mobile. Le pilier postérieur gauche se contracte pendant la phonation, le droit reste immobile. Le mouvement de translation du voile à gauche et le mouvement de translation de la paroi postérieure du pharynx vers la gauche persistent comme précédemment. Le thrill se perçoit plus intense tout le long des vaisseaux du cou. Pouls 108. Quelques troubles oculaires à la pathogénie incertaine.

Amélioration de l'hémi-parésie scapulaire. L'oreille droite cicatricielle, est le siège de bruits subjectifs systoliques.

9 novembre. — Pouls : 100. Gros frémissement avec souffle à renforcement systolique. La voix est à tonalité élevée. Les cordes vocales

s'affrontent pendant la phonation, elles paraissent à égale distance de la ligne médiane, mais en les repérant attentivement, il semble que l'aryténoïde empiète un peu sur la ligne médiane. Un peu d'énophtalmie à droite.

29 janvier 1915. — Les mouvements de rotation de la tête se font bien, mais l'épaule est toujours un peu tombante. Dysphagie très atténuée ; la translation de la paroi postérieure du pharynx vers la gauche est de moindre étendue. Il y a toujours hémiparalysie du voile du palais, la luette se porte à gauche sans s'infléchir. Le bord droit de la langue est légèrement excavé et dévié. La paralysie de la corde vocale droite est complète, bien que la pointe de l'aryténoïde soit mobile. Pouls : 104. Quelques bruits subjectifs dans l'oreille droite, quelques accès vertigineux, et récemment quelques douleurs irradiées de l'angle de la mâchoire à la pointe de l'épaule droite. Thrill intense depuis le maxillaire jusqu'à la clavicule, plus accusé en bas ; l'expansion carotidienne est plus ample à droite qu'à gauche.

19 février. — Troubles du goût très nets : la quinine, le sucre et le sel ne sont perçus que du côté gauche. L'aryténoïde sain dépasse la ligne médiane.

30 mars 1915. — La voix est devenue bien meilleure au dire du blessé, je la trouve cependant très couverte, mais il paraît que son trouble varie en intensité d'un jour à l'autre. La corde vocale gauche dépasse la ligne médiane et cependant il n'y a pas affrontement parfait (à cause de la parésie du tenseur). Pouls : 96. Thrill très étendu, encore quelques troubles moteurs dans l'épaule et le bras droits. Il n'y a plus de troubles de la déglutition ; l'entraînement à gauche de la luette et du voile persiste, mais celui de la paroi postérieure du pharynx est très atténué.

26 mai 1915. — Même état du voile et de la paroi postérieure du pharynx. Corde vocale droite rectiligne. Il semble que la gauche dépasse un peu la ligne médiane ; en tout cas, le contact est parfait et la voix satisfaisante, mais le cri impossible.

Ultérieurement, le blessé a quitté la Charité pour l'hôpital Desgenettes. L'anévrysme artérioveineux de la carotide interne et de la jugulaire interne a été opéré par MM. Patel et Lannois (une ligature a été appliquée sur la carotide primitive un peu au-dessous de sa bifurcation et sur le jugulaire au même niveau). Le projectile a été extrait, il siégeait à la base du crâne en dedans de l'apophyse styloïde.

5 décembre 1922. — M. Patel veut bien soumettre à nouveau le malade à mon examen. Il présente une grosse dilatation des veines de la face, affluents du tronc thyrolinguo facial-droit (lac sous-maxillaire, dilatation des veines du front, effacement des rides sur la moitié droite du front).

Le mouvement de translation de la paroi postérieure du pharynx vers la gauche a complètement disparu. Plus de trace de l'hémiplégie linguale ni de l'hémiplégie scapulaire. Amygdale droite saillante à cause de la dilatation veineuse. Persistance de l'hémiplégie palato-laryngée ; le voile du palais est entraîné à gauche, le pilier postérieur gauche se rapproche de la ligne médiane pendant l'effort et la phonation, alors que le droit demeure immobile. La corde vocale droite

reste fixée sur la ligne médiane. Le pouls est toujours accéléré, mais son chiffre varie suivant les changements de position ; dans la position assise il s'élève à 112, dans la position couchée il varie de 96 à 102.

Recherche du réflexe oculo-cardiaque dans la position couchée.

OEil droit : pendant les 15 secondes de compression : 25 au 1/4, une demi-minute après : 26 au 1/4.

OEil gauche : compression de 15 secondes : 21 au 1/4 (pendant les quatre premières secondes aucune modification, puis ralentissement, enfin reprise).

Une lettre adressée au D<sup>r</sup> Patel fin octobre 1923 accusait une « oppression très forte au cœur » avec angoisse extrême, et à l'occasion des secousses de toux de la douleur au niveau de l'omoplate droite et à l'occiput, à droite, avec raideur du cou.

De ces constatations il résulte que le glosso-pharyngien et l'hypoglosse ont récupéré leurs fonctions, alors que le vagospinal demeure déficient. On continue à constater hémiplégie laryngée et palatine, instabilité du pouls et le réflexe oculocardiaque manque de ce côté.

Obs. III. — G... Emile, 27 ans, sergent au 223<sup>e</sup> régiment d'infanterie, entre dans mon service le 25 septembre 1914. Il a été blessé le 5 septembre d'une balle dans la cuisse. Comme il se retourne pour appeler un camarade, une autre balle l'atteint sous l'omoplate droite (en dedans et au-dessus de la pointe), et ressort dans la région sus-claviculaire et juxtalaryngée droite, où se voit une cicatrice oblique en haut et en dedans. Immédiatement sa voix devient rauque, presque éteinte, il lui est impossible d'appeler et il doit donner ses ordres à voix basse. Il n'a pas craché de sang, mais un peu de salive rougie. En même temps, le bras droit a été soudainement paralysé.

Actuellement, hémiplégie laryngée droite. Les deux cordes vocales sont congestionnées. La droite est absolument immobile, en position cadavérique, l'autre ne s'affronte pas du tout.

La motricité du voile du palais et celle de la langue sont intactes. Paralyse du deltoïde, du biceps. La contractilité du triceps est conservée. Les trois derniers doigts peuvent se fléchir. L'avant-bras à plat, le poignet peut se relever. Tout mouvement du pouce est aboli. La paralysie brachiale s'accompagne de douleurs très vives survenues trois ou quatre jours après le traumatisme et persistant depuis. Les pupilles sont égales. En somme, hémiplégie laryngée droite, du type récurrentiel, et paralysie du membre supérieur correspondant du type radiculaire supérieur, mais descendant beaucoup plus bas. La cicatrice cutanée arrive presque jusqu'à la ligne médiane : dirigée obliquement, elle aboutit à la partie inférieure du cartilage thyroïde. Le corps thyroïde est un peu gros.

5 octobre. — Les douleurs, très vives, siègent surtout au niveau du poignet et dans la région du pouce. L'anesthésie est limitée au pouce, la déglutition de liquides chauds provoque une sensation de

chaleur dans le bras, celle de liquides froids, une sensation de froid. L'aryténoïde droit est absolument immobile ; le gauche arrive au contact pendant les essais de phonation, mais la glotte reste béante, les deux cordes ne se juxtaposent pas.

12 octobre. — L'aryténoïde droit est toujours complètement immobile, le gauche dépasse un peu la ligne médiane et la glotte paraît légèrement oblique ; il y a ébauche de suppléance.

21 octobre. — La voix est bien améliorée, elle est seulement un peu voilée. La rougeur des cordes vocales est très atténuée. La glotte est oblique nettement sans qu'on voie cependant un chevauchement bien net de l'aryténoïde gauche.

Les douleurs sont toujours très vives. Le deltoïde et le biceps ne se contractent toujours pas. Les mouvements de l'épaule sont conservés (intégrité de la branche externe du spinal). Le triceps résiste bien lorsqu'on veut fléchir l'avant-bras. Le poignet se relève bien jusqu'à 45° au-dessus de l'horizontale. La flexion des trois derniers doigts s'effectue bien. L'opposition du pouce se fait, mais sans force. Les autres mouvements du pouce s'effectuent. Les mouvements d'écartement des doigts (muscles interosseux), se font avec assez de force. La flexion des phalanges sur le métacarpe et l'extension des phalanges sur les phalanges se font passablement. De tout ceci on peut conclure que les fibres les plus inférieures du plexus, correspondant au nerf cubital, ont été peu touchées ou qu'elles récupèrent leurs fonctions. Ni énoptalmie, ni exoptalmie, ni troubles pupillaires.

4 novembre. — Les mouvements du bras reviennent progressivement. Il devient possible de l'élever un peu en l'écartant du tronc, d'autre part le malade peut écrire fort correctement. La flexion de tous les doigts se fait assez bien et le mouvement d'opposition du pouce existe. Quant à la voix, elle est seulement faible ; la corde vocale gauche dépasse franchement la ligne médiane pour se juxtaposer à sa congénère.

Cette observation constitue un type tout à fait inattendu d'hémiplégie laryngée associée, la paralysie du larynx se doublant d'une paralysie du plexus brachial. En raison du point de pénétration et du point de sortie du projectile, le nerf intéressé paraît être le récurrent lui-même.

Je me suis adressé à M. le professeur agrégé Bonnet qui a pratiqué sur le cadavre l'expérience suivante. Une tige métallique est enfoncée en dedans et au-dessus de la pointe de l'omoplate droite et dirigée vers la région juxta-laryngée droite, près du bord inférieur du cartilage thyroïde. On constate qu'un projectile suivant cette direction ne peut intéresser le plexus brachial que relativement loin de ses origines, et peut arriver au contact soit du récurrent, soit du pneumogastrique ; toutefois, si la tête est en rectitude, la blessure du récurrent ne peut guère se produire que si le projectile a un peu intéressé le corps d'une vertèbre ; si la tête est tournée, la blessure du récurrent est possible,



mais alors il y a fatalement blessure du larynx et de la trachée, ce qui n'est pas nécessaire avec une lésion du pneumogastrique. Ce malade n'a pas présenté de signes d'arthrite vertébrale et la symptomatologie trachéale s'est bornée à l'expuition momentanée d'un peu de salive rougie, symptôme qui a pu s'observer dans d'autres cas où ce conduit était absolument respecté.

Comme dans d'autres observations contenues dans ce mémoire on peut se demander comment le projectile a pu léser le nerf sans ouvrir les gros vaisseaux qui l'accompagnent : on est ainsi amené à l'hypothèse que l'atteinte du nerf n'a été que médiate, par infiltration sanguine, par exemple ; et cependant le trouble vocal a suivi la blessure sans aucun intervalle et la paralysie laryngée n'a subi aucune modification, alors que celle du bras s'améliorait.

Comme signes concomitants (et ils ne sont peut-être pas sans rapports réciproques) il faut encore noter l'émission d'un peu de salive rougie et la rougeur persistante des deux cordes vocales.

Cette observation est encore intéressante en raison de l'aspect de la glotte. Elle a été examinée pour la première fois vingt jours après la blessure ; à cette date la corde était en position cadavérique (et il est probable, que si on s'en rapporte au trouble vocal, qu'elle l'était depuis la blessure, et elle y est restée depuis ; par contre la corde gauche, lors du premier examen, n'effectuait aucune suppléance, le 5 octobre pas davantage (juxtaposition de l'aryténoïde seul), le 12 octobre seulement se dessinait une ébauche de suppléance (la glotte paraît un peu oblique) ; le 4 novembre elle était franchement établie, et la voix était seulement faible.

Obs. IV. — L... Antoine, 24 ans, cultivateur, soldat au 14<sup>e</sup> chasseurs, m'est adressé le 22 septembre 1914, par mon collègue, le Dr Chandellux. Le 26 août, il a reçu une blessure, probablement par balle, qui a laissé au niveau de l'angle du maxillaire gauche une plaie linéaire d'un centimètre au plus. A ce niveau, on perçoit une tuméfaction très dure (fragment osseux et périostite). Immédiatement après le traumatisme, la voix a été perdue, depuis elle s'est progressivement améliorée. L'examen objectif fait constater une déviation de la langue à gauche ; elle s'accompagne de troubles de l'articulation, la parole est embarrassée. La motricité du voile du palais est intacte, pas de déviation de la luvette.

Au laryngoscope, hémiplegie laryngée gauche ; il est difficile de préciser la situation exacte de la corde vocale qui demeure rigoureusement immobile pendant les essais de phonation aussi bien que pendant la respiration. J'ai l'impression que la corde vocale gauche n'était pas en position cadavérique, mais plutôt médiane ou juxtamédiane avec paralysie du tenseur, ce qui suffisait à empêcher l'affronte-

ment. Peut-être cette image était-elle le résultat de l'amélioration d'une paralysie primitivement complète ce que laisserait supposer l'interrogatoire.

26 novembre. — Pouls 84 à 90, instable. Le blessé se plaint de manquer d'air quelquefois, il a quelquefois aussi du spasme glottique lorsqu'il rit. En raison du défaut de tension de la corde vocale gauche, la prononciation des mots corses est plus difficile pour lui que celle des mots français (à cause de l'accent tonique). Le blessé accuse de la douleur rétrosternale, mais il n'y a pas de douleur le long du trajet du phrénique, ni au niveau du bouton diaphragmatique ; par contre, en appuyant au point d'émergence du nerf laryngé supérieur, vers la grande corne de l'os hyoïde, on détermine de la toux.

Ici, la paralysie du pneumogastrique est la cause de l'hémiplégie laryngée ; en faveur de cette hypothèse sont : le siège de la blessure, la sensation de soif d'air, le spasme glottique à l'occasion du rire, la toux provoquée par la compression dans la région du nerf laryngé supérieur. On remarquera l'instabilité du pouls et son accélération (84 à 90) trois mois après la blessure. Le trouble vocal paraît devoir être envisagé comme dû à une paralysie du tenseur, au moins prédominante, et une difficulté de l'intonation en était la principale caractéristique, au moins au bout de quelques mois.

Obs. V. — B... Louis, 27 ans, cultivateur, soldat au 53<sup>e</sup> bataillon de chasseurs, est adressé, le 8 septembre 1914, à ma consultation de l'Hôtel-Dieu, par le Dr Mollard, médecin de cet hôpital.

Le 29 août, à Saint-Dié, il a été blessé au cou, peut-être par un éclat d'obus. La voix est devenue rauque immédiatement et ne s'est pas modifiée depuis. On constate au-devant du sterno-cléido-mastoïdien gauche à un demi-centimètre au-dessous du cartilage thyroïde, une plaie contuse.

Le laryngoscope montre la corde vocale gauche absolument immobile, légèrement excavée et située sur la ligne médiane ; en raison de l'excavation, l'autre n'arrive pas absolument au contact. Il n'y a pas de mouvement de bascule de l'aryténoïde. Il n'y a pas aphonie, la voix est seulement enrouée et bïonale. La motricité du voile du palais est intacte.

La trachéoscopie indirecte montre sur la paroi antéro-latérale gauche de ce conduit, à 2 centimètres environ au-dessous de la corde vocale, une large ecchymose dont le centre rappelle l'aspect d'une escharre.

Il existe un hémithorax gauche.

La radiographie n'a pu mettre en évidence aucun projectile.

Un deuxième examen pratiqué le 15 septembre montre que la trachée est redevenue normale, mais la paralysie récurrentielle ne s'est pas modifiée.

Nous avons pu en somme examiner quelques jours après la

blessure le larynx dont la corde gauche présentait l'image bien connue de la paralysie du tenseur et de l'abducteur d'un seul côté. L'enrouement a été immédiat, mais il n'y avait pas aphonie, le trouble vocal aurait été moindre encore sans la paralysie du tenseur. Pendant le court laps de temps où nous avons pu suivre ce blessé, l'état objectif et le trouble fonctionnel ne sont pas modifiés.

Il paraît s'agir au premier abord d'une lésion du récurrent (siège de la blessure, ecchymose trachéale). Mais dans cette hypothèse la pathogénie de l'hémithorax est impossible à élucider.

M. Bonnet a pratiqué l'expérience suivante : une tige métallique pénétrant au niveau indiqué ci-dessus et se dirigeant vers le poumon gauche, à la partie la plus interne, de façon à réaliser un hémithorax gauche, traverse le muscle omo-hyoïdien et pénètre entre la veine jugulaire à son abouchement dans le tronc brachiocéphalique et la carotide primitive gauche ; ni l'un ni l'autre de ces vaisseaux n'est touché ; par contre la tige est au contact même du pneumogastrique qui se trouve dans l'expérience refoulé vers la veine jugulaire, exactement à 4 centimètres au-dessus de l'origine de la carotide primitive ; au niveau du confluent de la jugulaire avec le tronc brachiocéphalique, il existe un espace de quelques centimètres entre la jugulaire et la carotide, aucun projectile pénétrant dans cette région et provoquant un hémithorax gauche ne peut intéresser le récurrent.

OBS. VI. — D..., 34 ans, soldat au 5<sup>e</sup> colonial, m'est adressé le 23 janvier 1915 par mes collègues MM. Bouveret et Tixier.

Le 29 septembre 1914, il a reçu une balle qui a atteint la partie postérieure du maxillaire gauche. L'aphonie a été immédiate, en même temps que la paralysie du bras gauche. Le professeur Tixier a constaté une paralysie totale du plexus brachial, qu'il a opérée le 26 novembre. A la suite de la dissection du plexus, la paralysie s'est notablement améliorée.

Je constate que la corde vocale est en position cadavérique et que les deux cordes vocales sont rouges.

25 janvier. — Mêmes constatations. Le pouls est à 96, en position couchée. A noter l'aphonie immédiate probablement par section du nerf et la position cadavérique de la corde persistant quatre mois après la blessure donc probablement définitive.

La rougeur des cordes vocales était bilatérale. Il est remarquable que cette constatation, rare dans mes observations, ait été faite précisément dans deux observations de lésion du plexus brachial.

Pour déterminer si cette lésion intéressait le récurrent ou le

pneumogastrique, M. Bonnet a expérimenté sur le cadavre. Une tige introduite à la partie postérieure du maxillaire, à quelque hauteur que ce soit et intéressant une branche quelconque du plexus brachial, même immédiatement à sa sortie des trous de conjugaison, ne peut pas blesser le récurrent.

OBS. VII. — C... François, 33 ans, jardinier, soldat au 313<sup>e</sup> régiment d'infanterie, entré dans mon service le 3 mai 1915, adressé par le Dr Molin, chirurgien des hôpitaux.

Il a été blessé, le 6 avril, par une balle qui est entrée dans la joue gauche au niveau de la partie externe et inférieure du maxillaire supérieur et qu'on a extraite en arrière du sterno-cléido-mastoidien gauche, en plein trapèze, à trois travers de doigt environ au-dessous de l'occipital. Le projectile n'a pas intéressé le sinus maxillaire ; il a passé au-dessous et en arrière de lui, fracturant les deux dernières molaires supérieures gauches dont il ne reste actuellement que les racines et s'engageant en dedans de la branche du maxillaire inférieur.

Les suites de la blessure ont été l'aphonie absolue, une grande difficulté de la déglutition avec reflux nasal des liquides et un trimus qui persiste encore, atténué, il est vrai, car il permet la traction de la langue, l'examen du pharynx et du larynx.

Il y a une hémip légie linguale gauche manifeste : la moitié gauche de l'organe forme une sorte d'ovale, alors que la moitié droite l'entoure en croissant. La pointe de l'organe se trouve ainsi reportée à gauche et dépasse notablement la ligne médiane ; la moitié gauche de l'organe, saisie entre le pouce et l'index, n'a pas de consistance, et elle demeure inerte comme un chiffon, alors que l'autre moitié durcit sous les doigts.

Pas de contractions fibrillaires appréciables. Ainsi est la langue tirée hors de la cavité buccale, mais ses mouvements ne se font pas également des deux côtés : elle est portée facilement dans la commissure labiale droite, mal ou même pas dans la gauche.

Le voile du palais présente au-dessus du pilier antérieur gauche, des traces d'érosion, et ce pilier apparaît un peu bombé en dedans vers la ligne médiane ; toute la région de la luette et même au-dessus est légèrement œdématisée ; la pointe de la luette est ecchymotique. De plus, la moitié gauche de l'organe présente des troubles évidents de la motilité : l'arc palatin droit est sur un niveau plus élevé que le gauche ; pendant la phonation cette différence de niveau s'accroît, en même temps que la luette est un peu transportée à droite tout en restant verticale ; elle ne présente de déviation de son axe ni au repos, ni pendant la phonation. Le pilier postérieur droit se contracte seul. Enfin, pendant la phonation et la nausée, il y a un mouvement de translation très apparent de la paroi postérieure du pharynx vers la droite. Les troubles fonctionnels ne sont plus aussi prononcés qu'au début, toutefois il y a une grande gêne pour la déglutition de la salive ; le blessé crache beaucoup pendant l'examen ; il avale passablement les liquides, fort mal les solides (pain, viande). L'articulation des mots est fortement troublée surtout en raison de



l'hémi-paralysie de la langue ; il y a un peu de nasonnement. Rhinoscopie postérieure normale.

Au laryngoscope, épiglotte retombante, rendant difficile l'examen du larynx. La corde vocale gauche est complètement immobile en position cadavérique, son aryténoïde est immobile et basculé en avant. Il n'y a pas aphonie absolue, mais un coulage de l'air prononcé qui fait que le son, toujours le même et de tonalité basse, n'est émis qu'avec effort.

Le pouls est accéléré : compté à plusieurs reprises il a toujours donné 120 en moyenne et même 126 et 130. L'examen du goût a été pratiqué avec du sucre, de la quinine et du sel marin : le blessé a accusé des sensations sucrées, amères ou salées au bout d'un moment seulement et après avoir avalé sa salive.

Les deux pupilles sont égales et réagissent également bien à la lumière. Pas de paralysie faciale : les commissures s'écartent également pendant le rictus, toutefois le blessé affirme que, il y a quelques jours encore, il n'aurait pas pu siffler (il a eu de la paralysie faciale au début).

L'épaule gauche est abaissée notablement ; elle est un peu tombante, mais lorsque le blessé hausse les épaules, la gauche s'élève aussi bien que la droite. Il est impossible d'apprécier s'il y a de la paralysie du sterno-cléido-mastoïdien, car le traumatisme a déterminé de l'arthrite vertébrale de telle sorte que le blessé immobilise son cou en raison de la douleur, et se tourne en bloc sans aucun mouvement de rotation du cou sur le thorax ; les mouvements passifs de rotation imprimés à la tête provoquent une défense générale des muscles du cou ; le renversement passif de la tête en arrière provoque également de la douleur.

20 mai 1915. — Pouls 120. Corde vocale gauche nettement en position cadavérique, avec son aryténoïde basculé et son bord gauche nettement excavé. La langue, en croissant à convexité droite, ne peut être portée dans la commissure gauche, mais se porte bien dans la droite.

Asymétrie du voile même au repos ; pendant la phonation elle s'exagère, et la luette se porte, surtout sa pointe, à droite. Le pilier gauche se contracte un peu. Enfin, le mouvement de translation de la paroi postérieure est très atténué. La déglutition se fait mieux ; le blessé mange de la viande hachée, des hommes de terre et depuis deux jours un peu de pain. Par contre, l'expuition se fait avec de grandes difficultés : il y a beaucoup de glaires et le blessé essaie de suppléer à la contraction pharyngo-laryngée par les mouvements des lèvres. La cavité du larynx et la région épiglottique sont toujours encombrées de sécrétions.

L'arthrite vertébrale — ou la myosite — va mieux. La rotation de la tête à gauche s'effectue assez bien, pas à droite, où elle dépasse peu ou pas le plan médian. Epiglotte tombante (moins qu'auparavant) et déviée à gauche. Les deux épaules se soulèvent fort bien et il est difficile de résister à ce mouvement d'élévation. La gauche est toutefois un peu plus basse, mais il y a peut-être une légère scoliose professionnelle (le blessé est vigneron).

La rotation du cou se fait tout de même à droite, mais doucement,

et ne va pas jusqu'à la tension du sterno-cléido-mastoïdien, ni à droite, ni à gauche. L'inclinaison latérale à droite et à gauche se fait bien ; les mouvements passifs sont aussi gênés que les actifs.

11 octobre. — La corde vocale gauche est en position cadavérique, l'aryténoïde très procident en dedans et en avant. Il n'y a pas de compensation par l'aryténoïde droit qui ne dépasse pas la ligne médiane. Coulage considérable pendant les essais de phonation, toutefois des sons sont émis, mais brefs et saccadés, nécessitant une violente chasse d'air. La moitié droite du voile se relève plus que la gauche ; toutes deux sont mobiles, mais le voile ne s'applique pas contre la paroi postérieure du pharynx, d'où nasonnement constant et prononcé et reflux nasal des liquides assez fréquent. Pouls : 140. Les épaules se haussent symétriquement ; le blessé tourne facilement la tête à droite et à gauche. L'hémiplégie linguale persiste ; la langue est bien tirée à droite, mal à gauche ; à l'intérieur de la bouche elle se comporte de même, soulevant bien la joue droite, et mal la gauche.

31 mars 1916. — Pouls 96 à 100. Corde vocale gauche en position cadavérique avec son aryténoïde fortement basculé et prolabé au point de masquer en partie la cavité endo-laryngée. L'aryténoïde droit chevauche, passant en arrière.

Le mouvement de translation de la paroi postérieure du pharynx existe, mais moins prononcé.

Hémiatrophie linguale gauche. Troubles prononcés de la déglutition des solides et de la salive. Aphonie.

La sensibilité de l'arc palatin gauche et de la paroi postérieure du pharynx est abolie. Pas de troubles de la sensibilité en avant du tragus. Atrophie du chef claviculaire gauche du trapèze qui est au moins à deux travers de doigt au-dessous de l'autre. Peu de chose au sterno-cléido-mastoïdien. Le trajet de la balle peut être approximativement fixé de la façon suivante. Traversant la joue et frôlant le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur dans sa partie la plus reculée, elle s'est engagée en dedans de la branche du maxillaire inférieur, a passé au dessous de la base du crâne pour aller émerger au niveau des masses musculaires de la région cervicale postérieure, assez près de la colonne vertébrale pour déterminer une arthrite vertébrale durable. Le trismus doit reconnaître une cause analogue : il est dû sans doute à l'inflammation propagée au muscle ptérygoïdien interne tout voisin qui a peut-être même été directement intéressé. Il est possible que les troubles de la déglutition très accusés du début aient reconnu aussi en partie une origine inflammatoire : les ecchymoses et l'œdème de la luette plaident dans ce sens. Ainsi donc, raideur vertébrale, trismus et en partie dysphagie reconnaissent une cause inflammatoire. Les autres symptômes reconnaissent une origine nerveuse.

C'est pour ces motifs que j'ai hésité longtemps à considérer ce blessé comme un exemple de la paralysie des quatre derniers nerfs craniens que je connaissais déjà depuis un an ; l'année suivante seulement, en voyant persister, bien qu'atténué, le mou-

vement de translation de la paroi postérieure du pharynx vers le côté sain malgré la complète disparition des phénomènes inflammatoires, je me suis résolu à lui assigner une origine paralytique, comme dans l'observation II.

Au total il faut retenir (outre l'hémiplégie pharyngée et linguale traduisant l'atteinte du glosso-pharyngien et celle de l'hypoglosse) l'aphonie et l'hémiplégie vélo-palatine par lésion du vago-spinal. La paralysie du facial n'a été que transitoire. Dans ce cas, comme dans les autres cas de lésions des quatre derniers nerfs, j'appelle l'attention sur la gêne intense de la déglutition et de l'*expuition* qui domine le tableau clinique : glotte, langue, voile, pharynx, le concours de tous ces organes musculieux est nécessaire à l'*expuition*.

Remarquer la déviation de l'épiglotte à gauche, les anomalies dans la traction de la langue, le pouls très accéléré et instable ; il ne semble pas que la corde vocale gauche ait été dans une autre position que celle dite cadavérique, puisqu'il y a eu aphonie absolue et immédiate ; enfin la compensation par la corde saine ne s'est établie que tardivement.

Obs. VIII. — R... Léo, 24 ans, sous-lieutenant d'artillerie, m'est adressé le 26 juin 1915 par le professeur Tixier. Il a été blessé le 20 avril par deux projectiles : l'un entré au-dessous du lobule de l'oreille gauche n'a pas encore été extrait ; l'autre a pénétré en arrière de la pointe de la mastoïde gauche et a été retiré le 9 mai par le professeur Tixier ; on a dû pratiquer une incision présterno-mastoïdienne et, en opérant sur la table radioscopique, on a extrait une balle qui paraissait siéger dans le muscle long du cou ; elle intéressait sans doute l'œsophage, car il s'est écoulé un peu de salive par la plaie opératoire. Les symptômes principaux ont été d'une part la voix éraillée, immédiatement après la blessure et persistant depuis, d'autre part la difficulté de la déglutition considérablement atténuée depuis l'intervention. De plus, pendant vingt-quatre heures a existé une violente toux coqueluchoïde avec reprise inspiratoire spasmodique et suffocation ; ce symptôme a fait hâter l'intervention et a disparu après elle. Il y a eu immédiatement après la blessure une légère hémoptysie.

Le blessé est soumis à mon examen le 25 juin. Je constate une immobilité absolue de la corde vocale gauche, en position médiane, sans excavation du bord libre. Pendant la phonation la juxtaposition des deux cordes est parfaite et la droite se meut normalement. Pendant la respiration, le trouble de la motilité est très apparent ; la corde droite s'écarte seule, l'autre demeure sur la ligne médiane ; l'aryténoïde légèrement basculé en avant la fait paraître raccourcie. Pas d'asymétrie de l'épiglotte. Aucune lésion organique du larynx. Pas de rougeur des cordes vocales. Le trouble de la phonation est à

peine appréciable : c'est seulement après une longue conversation que la voix s'enroue un peu.

Accélération du pouls : 124 à 126 pulsations par minute. Langue bien tirée et symétrique. Pas de paralysie du pharynx, ni du voile du palais ; seule la luette est un peu déviée à droite. Pas de troubles du goût. L'oreille gauche n'a pas de triangle lumineux tympanique. Il existe sur le bord du sterno-cléido-mastoïdien une tuméfaction limitée et douloureuse qui paraît être un abcès ganglionnaire en formation.

27 juillet. — La voix paraît s'améliorer. Il est plus difficile au blessé de baisser la tonalité que de l'élever.

4 octobre. — Même état objectif du larynx. La voix me paraît normale, mais se couvre, paraît-il, assez fréquemment.

En résumé, paralysie unilatérale limitée à l'abducteur ; il est vraisemblable qu'il s'agit d'une lésion non du récurrent, mais du pneumogastrique ; l'accélération persistante du pouls, et la toux coqueluchoïde passagère semblent l'indiquer, mais il s'agit d'une lésion assez bas située sur le trajet du nerf, puisque la musculature du voile du palais n'est pas intéressée.

25 novembre 1920. — Revu cinq années plus tard à la consultation, le blessé montre la corde vocale gauche toujours sur la ligne médiane. Son pouls est à 96, régulier. Il se plaint d'accès de suffocation quand il est enrhumé ou quand il a fatigué sa voix à une conférence. Surviennent alors des quintes de toux spasmodique l'empêchant de respirer, un « gémissement » au moment où il s'endort et qui quelquefois le réveille la nuit. Ce gémissement est sans doute une inspiration sonore isolée. Au cours d'un accès de toux diurne il a senti son pouls très accéléré avec respiration sonore et hoquet. La corde vocale droite s'écarte incomplètement. Il y a une légère rougeur des deux cordes vocales. Pas de signes du tragus, pas de toux provoquée par la pression sur le trajet du nerf.

C'est ce deuxième examen à longue échéance qui fait précisément l'intérêt de cette observation.

L'accélération du pouls s'est notablement atténuée (de 126 il est tombé à 96), mais la corde vocale demeure toujours fixée sur la ligne médiane, elle n'a pas repris sa mobilité ; d'autre part cette position anormale ne s'est pas compliquée de parésie du tenseur, ni d'atrophie, elle n'a pas fait place non plus à la position cadavérique, ni à tout autre position intermédiaire. A noter enfin l'apparition de phénomènes nettement spasmodiques : accès de toux, inspirations sonores, ensemble de phénomènes indiquant qu'une excitation du pneumogastrique, nerf centripète, se réfléchit sur les deux cordes vocales.

OBS. IX. — B... Constant, 29 ans, domestique, soldat au 277<sup>e</sup> d'infanterie, entré dans mon service le 3 juillet 1915.

Blessé le 16 février 1915, au signal de... par une balle qui, ayant pénétré dans le sillon naso-génien du côté gauche, a sectionné l'arcade



dentaire supérieure de ce côté emportant la canine et les deux prémolaires. Elle a traversé ensuite obliquement la cavité buccale en se dirigeant vers la droite, marquant son passage par un sillon sur la face supérieure de la langue et par une encoche dans l'arc palatin droit. L'orifice de sortie est en arrière du sterno-cléido-mastoïdien droit, à deux travers de doigt au-dessous et en arrière de la pointe de l'apophyse mastoïde.

Pendant les premiers temps (un mois et demi), le malade ne pouvait absolument pas parler. La déglutition fut impossible pendant les trois premiers jours ; ultérieurement pendant quelque temps les liquides continuèrent à refluer par le nez. Actuellement, la parole est normale, mais le chant impossible ; la voix garde la même tonalité.

La corde vocale droite est immobilisée sur la ligne médiane ; son aryténoïde paraît dépasser la ligne médiane parce qu'il est basculé en dedans et en avant. Pendant la phonation, la juxtaposition des deux cordes est parfaite. Le pouls est à 92.

Le sinus maxillaire gauche avait dû être intéressé par le projectile, car le blessé se plaint d'écoulement nasal purulent unilatéral et de céphalée. J'ai dû pratiquer, après ponction d'épreuve diamétrique, l'opération de Caldwell-Luc, qui a amené la guérison.

10 octobre 1915. — Le blessé parle normalement ; la corde vocale droite est toujours sur la ligne médiane et l'aryténoïde basculé en avant. La langue est légèrement oblique, elle peut être tirée à droite, pas à gauche. Le pouls bat à 120.

31 mars 1916. — La langue présente un sillon cicatriciel profond ; elle est déviée à droite et ridée dans sa moitié droite. L'arc palatin droit présente une forte encoche. La corde vocale droite est sur la ligne médiane avec son aryténoïde fortement basculé en avant. Voix monotone, à part cela normale et moyennement forte. La vascularisation des deux cordes vocales est égale.

Pouls instable à 104-108.

Sensibilité de l'arc palatin droit très émoussée, de même qu'au niveau du tragus droit. Le dôme du voile du palais est entraîné à gauche pendant la phonation. Les deux piliers postérieurs sont également mobiles pendant la nausée. Pas d'hémiplégie pharyngée. Myosis et enophtalmie à droite. Toux violente quand la sonde laryngée touche la corde vocale gauche, pas au contact de la droite.

Il s'agit d'une lésion du pneumogastrique, à un niveau assez bas pour ne pas intéresser les fibres destinées au voile du palais, mais assez haut pour intéresser l'origine du laryngé supérieur, soit à la partie inférieure du ganglion plexiforme. Plus tard, a paru se manifester un trouble unilatéral de la motricité du voile, mais il faut tenir compte du traumatisme dont il avait été directement le siège. La dysphagie et la dysarthrie transitoires ont été le résultat du traumatisme de la langue et du voile. Il y a eu, semble-t-il, aphonie pendant un mois et demi : l'hémiplégie laryngée aurait-elle été totale pendant ce laps de temps ? Je ne le pense pas. Il est plus probable que le blessé parlait bas

pour ne pas provoquer le retour de la douleur ; en tous cas, la première hypothèse ne repose sur aucune donnée objective : lorsque le malade a été soumis à mon examen la corde vocale était sur la ligne médiane et le trouble vocal réduit au minimum et un an après l'aspect de la glotte ne s'était pas modifié.

L'observation est encore intéressante par les troubles de la sensibilité (larynx et arc palatin), caractéristiques de la lésion du pneumogastrique, par une légère participation du grand sympathique et par la persistance des troubles cardiaques.

Obs. X. — M..., 25 ans, entré dans mon service le 28 juillet 1915, adressé par le professeur J. Lépine. Blessé le 2 septembre 1914, à Saint-Dié. Deux cicatrices de blessure par balle, l'une de la largeur de la pulpe du pouce, à deux travers de doigt au-dessus et en dehors de l'extrémité interne de la clavicule, correspondant au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, l'autre de la largeur de la pulpe du petit doigt, à cinq centimètres en arrière et au-dessus, correspondant au bord postérieur du même muscle.

Après sa blessure, a craché le sang pendant une dizaine de jours, en proie à une anémie intense avec obnubilation. La balle a été extraite en avant sous la peau.

Corde vocale gauche immobile : pendant la phonation les aryténoïdes se juxtaposent en laissant une glotte ovale. Il y a de l'aphonie et du coulage de l'air, la corde vocale droite est elle-même très légèrement excavée. L'aryténoïde gauche fait un peu saillie sur la ligne médiane, mais il n'est pas basculé en avant.

La langue est un peu atrophiée dans sa moitié gauche, mais sa concavité est dirigée à droite et elle est mieux portée dans la commissure labiale droite que dans la gauche. Rien au voile du palais ni au spinal externe, ni au diaphragme. Pouls à 92 ; pouls radiaux et carotidiens égaux. Le malade est gaucher et bien musclé surtout du côté gauche. Pupilles normales.

25 août. — Voix très couverte ; paralysie du tenseur, corde vocale excavée, mais à la partie postérieure la juxtaposition est parfaite. Mêmes constatations du côté de la langue dont l'hémiatrophie est très appréciable. Pouls à 100.

11 octobre. — Corde vocale gauche toujours en position médiane et excavée avec glotte semi-ovale ; légère projection de l'aryténoïde en avant et en dedans. La voix parlée est à peu près normale, mais le cri impossible, en raison de la paralysie du tenseur. Pouls : 104. La langue est moins oblique, mais son hémiatrophie de plus en plus manifeste.

15 décembre. — Un peu d'hémiatrophie linguale gauche, avec déviation de l'organe à droite.

31 mars 1916. — Langue déviée légèrement à droite, mais également bien portée vers les deux commissures labiales. Corde vocale gauche en position médiane avec légère parésie du tenseur ; pas de différence de vascularisation. Voix normale. Pouls : 100. Pas d'hémiatrophie linguale au toucher.

OBS. XI. — B... Louis, 23 ans, cultivateur, soldat au 120<sup>e</sup> régiment d'infanterie, m'est adressé le 31 août 1915 par le docteur Mouisset.

Il a été blessé le 6 août à... par un éclat de bombe entré au niveau de l'extrémité sternale de la clavicule droite et non extrait. La seule cicatrice visible siège exactement sur l'extrémité interne de la clavicule droite et n'atteint pas le diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Depuis sa blessure qui l'a renversé par terre, la voix est demeurée voilée ; le trouble vocal a été immédiat, « la voix cassée », en même temps le blessé ne pouvait plus se servir de son bras droit. Le jour de la blessure et les jours suivants, quelques crachats hémoptoïques, mais sans toux quinteuse, ni dyspnée, ni suffocation. Quelques jours après, sensation de gêne dans le côté gauche ; une thoracothèse pratiquée à Verdun, dix jours après le traumatisme, aurait donné issue à 500 grammes de sang.

Au laryngoscope immobilité absolue de la corde vocale gauche, en position médiane ; les aryténoïdes se juxtaposent parfaitement pendant la phonation, mais la glotte reste semi-ovale à cause de la paralysie du tenseur de la corde vocale gauche, d'où voix très couverte. Pas de procidence de l'aryténoïde. Pendant la respiration la corde droite s'écarte seule. Pouls : 92. Motilité de la langue et du voile du palais normale.

La ponction de la base gauche, motivée par la matité, l'obscurité et la rétraction thoracique appréciable à la mensuration a conduit sur une carapace indurée (pachypleurite et sclérose pulmonaire). La radiographie montre un petit corps étranger irrégulier, visible en arrière seulement, au niveau de la troisième côte gauche, à peu près au milieu de la largeur de l'omoplate.

28 septembre 1915. — Même état objectif du larynx. La voix demeure voilée, le blessé la trouve plus forte, peut-être parce que ses forces reviennent.

11 octobre 1915. — Même état.

Les détails intéressants de cette observation sont : la paralysie du côté opposé à l'entrée du projectile et limitée au tenseur et à l'abducteur, l'immobilité de la position de la corde vocale, l'hémoptysie et l'hémothorax. L'impotence momentanée du bras droit peut s'expliquer par la lésion douloureuse de l'articulation sterno-claviculaire.

En résumé, paralysie unilatérale du tenseur et de l'abducteur gauches, c'est-à-dire du côté opposé au traumatisme. Le projectile aperçu à la radiographie, pénétrant par l'échancrure sus-sternale, a-t-il lésé le pneumogastrique ou bien le récurrent à son origine même ? Il était difficile de le préciser. D'après M. Bonnet, l'examen de coupes sérieuses du tronc au niveau de la crosse aortique et passant par l'articulation sterno-claviculaire ou au-dessous d'elle montre qu'une ligne droite tracée de cette articulation à la partie moyenne de l'omoplate passe par la partie externe de la crosse, alors que le récurrent est interne ; mais

comme on pourrait conserver un doute sur la lésion possible du récurrent au niveau de son origine. M. Bonnet a pratiqué sur le cadavre l'expérience suivante : une tige métallique est enfoncée suivant une ligne allant de l'articulation sterno-claviculaire droite à la troisième côte gauche en regard de la partie moyenne de l'omoplate gauche ; cette tige respecte la plèvre droite dont elle reste distante d'un demi-centimètre, elle écorne le bord latéral gauche de la crosse aortique (qui vraisemblablement aurait été refoulée sur le vivant) et touche le pneumogastrique gauche, environ 10 ou 15 millimètres au-dessus de l'origine du récurrent, puis pénètre dans le sommet du poumon gauche. Le projectile ne pouvait donc pas toucher le récurrent dans son trajet ascendant ; s'il l'avait touché à son origine, il aurait atteint le 4<sup>e</sup> ou la 5<sup>e</sup> côte.

OBS. XII. — Sch... Urbain, 20 ans, malletier, soldat au 67<sup>e</sup> régiment d'infanterie, blessé le 21 juin, à C..., par un éclat qui a pénétré dans la région prévertébrale, m'est adressé le 4 novembre 1915 par le professeur Bérard. Un éclat de grenade entré en plein muscle sterno-cléido-mastoidien, à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de la mastoïde, a été extrait il y a huit jours.

Actuellement la voix est un peu voilée, monotone, la fatigue de la parole est rapide. Le blessé tousse peu, mais éprouve un chatouillement au fond de la gorge.

Voile du palais normal, langue symétrique, goût conservé, paroi postérieure du pharynx symétrique. Pouls : 140. La corde vocale droite est immobile sur la ligne médiane ou à son voisinage immédiat, l'aryténoïde gauche passe en avant et la corde vocale gauche dépasse un peu la ligne médiane.

D'après le siège de la blessure, il s'agit évidemment d'une lésion du pneumogastrique et la forte accélération du pouls est confirmative de cette hypothèse. Cette lésion est incomplète, de telle sorte que la corde n'est pas en position cadavérique, mais juxtamédiane, entraînant seulement de la monotonie de la voix. Elle est assez bas située sur le trajet du nerf pour ne pas intéresser la musculature du voile du palais.

OBS. XIII. — V... Antoine, 39 ans, cultivateur, soldat au 133<sup>e</sup> territorial, entré dans mon service le 14 février 1916, a été blessé le 3 février par un éclat d'obus qui a provoqué une fracture du nez. La voix a été prise instantanément. Il présente une vaste plaie de la région faciale et sinusale gauche avec écrasement du nez. Beaucoup d'éclats minuscules ont pénétré le côté gauche de la région cervicale et la radiographie en montre au niveau de la face gauche des vertèbres et en avant d'elles. D'après le siège de la blessure, il faut incriminer une lésion pneumogastrique et non du récurrent. La corde vocale



gauche est en position cadavérique, complètement immobile, la langue et le voile du palais sont intacts. L'aphonie est absolue.

22 mai. — Corde vocale gauche en position cadavérique. Pouls, 100-104.

28 août. — Persistance de l'aphonie absolue et de l'immobilisation de la corde en position cadavérique. Pouls : 116.

20 septembre. — L'aphonie paraît s'améliorer un peu et il semble qu'il y ait une ébauche de compensation par la corde vocale droite. Pouls : 76.

25 octobre. — Corde gauche toujours en position cadavérique.

17 novembre. Pouls 120 dans le décubitus dorsal. Recherche du réflexe oculocardiaque : à gauche, légère accélération à 132 ou plus ; à droite, réflexe normal, consistant dans un ralentissement de 15 à 20 pulsations par minute.

En somme, lésion du pneumogastrique gauche avec troubles cardiaques, corde vocale gauche en position cadavérique, d'où aphonie complète. Il a dû s'agir non d'une compression du nerf, mais de sa section : l'aphonie absolue et immédiate et la position de la corde sont en faveur de cette hypothèse. Quant au réflexe oculo-cardiaque, normal du côté sain, il consiste à gauche non dans un ralentissement, mais dans une accélération du cœur : la voie pneumogastrique est donc interrompue. La paralysie ne s'est pas modifiée, bien que le blessé ait été suivi dix mois après sa blessure ; s'il y a eu amélioration de la voix, c'est par un mouvement de compensation de la corde vocale droite.

Obs. XIV. — Ch... Marcel, 26 ans, soldat au 26<sup>e</sup> régiment d'infanterie, entré dans mon service le 6 juin 1916. Blessé le 6 avril à M..., par éclat d'obus. Plaie du côté droit de la nuque. Un obus éclatant au-dessus de lui, un éclat est entré en arrière du sterno-cléido-mastoïdien droit, au tiers supérieur, et a été extrait à T... le 7 avril. La voix aurait été prise de suite, mais sans aphonie. On constate au-dessous de la mastoïde droite une plaie dont la partie supérieure est à 4 centimètres environ en arrière de la pointe. L'éclat était gros et allongé ; le blessé montre une fois et demi la longueur d'une phalange de l'index. Le blessé n'a pas toussé.

La corde vocale droite est immobilisée sur la ligne médiane, à peine excavée ; le voile du palais est normal, la sensibilité du tragus normale. Le pouls est à 104. La voix est enrouée, donnant à l'oreille l'impression connue sous le nom de roulette (examen du 18 avril à ma consultation de l'Hôtel-Dieu).

6 juin. — Pouls à 92 ; il y a eu une intermittence. Corde vocale droite immobile, à peine excavée, la gauche arrive parfaitement au contact. La luette est déviée à gauche, mais le voile remonte droit. Langue bien tirée, les cordes vocales sont un peu rouges.

18 juillet. — La voix est bonne : le blessé dit qu'il se fatigue insensiblement quand il parle. Pouls 76 à 80.

28 août. — Voix normale. Pouls 80. Corde gauche bien mobile. Corde droite rectiligne, sur la ligne médiane.

11 septembre. — Pouls : 80. Corde droite un peu rouge, toujours immobile sur la ligne médiane.

20 septembre. — Malade à peine enrôlé, corde droite mobile, moins que la gauche, juxtaposition parfaite. Pouls à 88.

25 octobre. — Voix normale, pouls 90. Le tracé du pouls radial et de la jugulaire, pris par M. Petzetakis, montre qu'il n'y a pas de trouble de la conduction auriculo-ventriculaire, il n'y a qu'une accélération portant également sur les deux rythmes, mais il y a une instabilité du pouls, très apparente par la comparaison des différents tracés pris le même jour. La compression de l'œil gauche donne un ralentissement très net, alors que celle de l'œil droit donne quelques pulsations d'un rythme plus rapide.

En résumé, blessure du pneumogastrique droit, entraînant un trouble immédiat de la voix avec corde vocale sur la ligne médiane. Pas de troubles apparents de la sensibilité dans la zone du pneumogastrique, mais troubles cardiaques persistants. Disparition du réflexe oculocardiaque. Suivi pendant six mois, le blessé n'a pas montré de modification des troubles cardiaques, mais à la fin on a assisté à un léger retour de la fonction motrice de la corde,

Obs. XV. — Char... Camille, 22 ans, taille 1 m. 66, cultivateur-soldat au 67<sup>e</sup> chasseurs alpins, entré dans mon service le 22 avril 1916, a été blessé le 19 mars 1916, à S... par éclat de grenade à la région latérale droite du cou, à la hauteur de l'espace thyro-hyôïdien.

Un premier examen pratiqué le 18 avril, à ma consultation de l'Hôtel-Dieu, où il m'avait été adressé par le professeur Vallas, a montré une paralysie de la corde vocale droite en position juxtamédiane, avec aryténoïde droit basculé en avant et affrontement complet des deux cordes.

La blessure a entraîné des troubles respiratoires avec quintes de toux ayant nécessité quatre ou cinq jours plus tard une trachéotomie d'urgence à Saint-Amarin ; il s'agissait d'une toux quinteuse, durant quelquefois une demi-heure sans arrêt, avec reprise inspiratoire sonore simulant une sténose du larynx.

1<sup>er</sup> mai. — Corde vocale droite immobile, sur la ligne médiane, rouge, l'aryténoïde basculé en avant ; le gauche passe un peu en arrière et il y a juxtaposition parfaite des cordes. Voix normale, motricité du voile du palais normale. Pouls : 114. La région cervicale présente deux cicatrices : l'une de trachéotomie, l'autre de un centimètre et demi de large dans la région thyro-hyôïdienne, commençant à deux centimètres de la ligne médiane.

23 mai. — Pouls : 104, voix normale, corde vocale droite rouge, même position.

31 mai. — Corde vocale droite toujours immobile et rosée, un peu en dehors de la ligne médiane. Pouls : 120.

1<sup>er</sup> septembre. — Corde vocale droite toujours rouge. L'aryténoïde gauche passe en arrière du droit.

20 septembre. — Même phénomène, mais la corde vocale droite commence à redevenir mobile.

11 octobre. — La corde vocale droite est nettement mobile et toujours rouge, l'aryténoïde gauche passant en arrière. Voix subnormale. Pouls : 100.

20 octobre. — Corde vocale droite beaucoup plus mobile, toujours rouge. Juxtaposition parfaite des lèvres de la glotte.

27 octobre. — La radiographie des sommets (D<sup>r</sup> Barjon) montre une légère obscurité des sommets un peu plus marquée à gauche et en avant.

17 novembre. — Constaté à nouveau la mobilité relative de la corde droite et la suppléance exercée par la gauche, l'aryténoïde gauche passant en arrière. Pouls : 104.

Réflexe oculo-cardiaque (avec M. Petzetakis). La compression de l'œil gauche donne un ralentissement énorme, se traduisant sur le tracé par des pauses de cinq à dix secondes ; après la reprise des contractions cardiaques et malgré la cessation de la compression, le ralentissement persiste. Au contraire, la compression de l'œil droit donne un léger ralentissement portant sur deux ou trois pulsations au milieu d'un rythme généralement accéléré.

24 janvier 1917. — Retour relatif de la mobilité de la corde vocale droite et persistance de sa rougeur.

A la lecture de cette observation, la blessure du pneumogastrique droit ne fait pas de doute, ne serait-ce qu'en raison du siège de la cicatrice. Le point saillant dans la symptomatologie est la présence de quintes de toux prolongées, durant parfois une demi-heure sans arrêt et assez intenses et assez persistantes pour avoir nécessité la trachéotomie au bout de quelques jours. Avec leur reprise sonore elles donnaient l'impression d'une sténose du larynx. Le blessé spécifie que c'est en raison de ces quintes qu'on a pratiqué la trachéotomie. Le phénomène n'a pas persisté puisqu'on a pu décanuler au bout de peu de temps ; l'observation ne précise pas à quelle date, mais lors de mon premier examen la cicatrice paraissait déjà ancienne.

Les autres symptômes étaient l'altération, d'ailleurs minime, de la voix, l'immobilisation de la corde vocale en position juxtaposée, la rougeur persistante de cette corde vocale et l'accélération du pouls. Les phénomènes d'excitation (toux quinteuse) ont disparu les premiers ; les phénomènes de déficit (accélération du pouls, paralysie de la corde vocale, diminution considérable du réflexe oculo-cardiaque) ont au contraire persisté.

Plus tard on a assisté à un retour relatif de la motricité de la corde vocale droite. Le réflexe oculo-cardiaque obtenu par la

compression de l'œil droit montrait un très léger ralentissement, ce qui n'est pas pour surprendre puisqu'il y avait un retour dans la conduction du nerf, mais ce ralentissement était négligeable vis-à-vis des pauses prolongées obtenues par la compression de l'œil gauche; l'aspect des tracés était vraiment impressionnant. Si on s'en rapporte aux quintes de toux et à l'intensité de ce réflexe du côté non traumatisé on peut conclure qu'on se trouvait en présence d'un sujet à pneumogastrique exceptionnellement excitable. Il y a plus, vu l'intensité des quintes de toux avec spasme réflexe, on peut se demander si le laryngé supérieur n'a pas été excité, soit après sa jonction avec le pneumogastrique, soit directement, le même projectile ayant lésé les deux nerfs; le siège de la blessure est assez haut pour autoriser cette hypothèse.

Obs. XVI. — A..., 24 ans, employé de soierie, vient me consulter le 23 décembre 1920.

Le 7 août 1918 il a été blessé par un petit éclat d'obus qui a pénétré dans la région cricothyroïdienne gauche. La voix s'est affaiblie surtout dans l'heure qui a suivi la blessure; il y a eu de la dysphagie pendant huit jours. Le premier examen laryngoscopique a été pratiqué seulement un mois après, semble-t-il; on a parlé d'une parésie de la corde vocale gauche avec suppléance par la corde opposée. La radiographie montre un éclat au niveau de la cinquième vertèbre cervicale, placé latéralement et sur les épreuves du profil apparaissant assez en avant. Il n'y a jamais eu de dyspnée, mais de la toux. A plusieurs reprises les examens ont mentionné de l'œdème laryngé; on aurait constaté aussi une petite cicatrice œsophagienne. Tous ces renseignements m'ont été fournis oralement, sans précision, et aucun document ne m'a été soumis, sauf la radiographie.

La corde vocale gauche est en position cadavérique: la droite dépasse la ligne médiane et se juxtapose parfaitement, son aryténoïde passant en avant. Le trouble vocal devient apparent quand le blessé veut élever la voix ou appeler; il peut moduler. Aucun trouble de la sensibilité à la sonde laryngée. Pouls à 64.

J'ai revu ce malade onze mois plus tard, avec les mêmes symptômes; il se plaignait de tousser et son pouls était à 102.

Obs. XVII. — Fr... Pierre, 23 ans, soldat au 121<sup>e</sup> chasseurs, est adressé à ma consultation le 20 juillet 1916 et entre dans mon service le 22 juillet.

Blessé le 25 juin par une grenade près de Verdun, il a perdu l'œil droit, et présente des plaies multiples de la face et du cou. Beaucoup d'éclats sur la face latérale droite du cou, la plupart un peu bas. Plaies sur le bras droit et la jambe gauche. A perdu la voix depuis sa blessure.

Paralysie de la corde vocale droite, complètement immobile. La luette est déviée un peu à droite, mais le voile remonte droit. Langue normale. Procidence de l'épiglotte. Les aryténoïdes sont au contact,



mais il y a un fort coulage de l'air avec concavité de la corde droite, sans qu'on puisse cependant dire qu'elle est rigoureusement en position cadavérique.

20 septembre 1916. — Enrouement extrême et gros coulage : l'aphonie n'est pas absolue. Pouls à 100 (un examen pratiqué le 28 août donnait 96).

16 octobre. — Voix très couverte, sans aphonie, une ébauche de modulation est même possible. Pouls à 116. Gros corps thyroïde. L'aryténoïde est très basculé.

24 octobre. — Le blessé est toujours très enroué, non aphone. Le pouls, très faible, donne 120 à 132 pulsations (à la fin de l'examen on a compté 132 à plusieurs reprises). L'aryténoïde est toujours procident et tout à fait immobile.

17 novembre. — Pouls : 104. Le réflexe oculo-cardiaque est normal à gauche. (Sa recherche n'est pas possible à droite en raison de l'énucléation).

6 décembre. — La corde vocale gauche est bien mobile mais ne dépasse pas la ligne médiane ; la droite est immobile, son aryténoïde très basculé ; elle n'est pas en position cadavérique absolue et, de plus, il y a un peu de déviation du larynx. L'épiglotte est procidente.

En résumé, lésion du pneumogastrique droit avec enrouement immédiat. Cet enrouement est très prononcé sans aller jusqu'à l'aphonie absolue. On ne peut affirmer que la corde soit en position cadavérique. Il s'agit plutôt d'une forte paralysie du tenseur. Accélération considérable et persistante du pouls. La perte de l'œil a rendu impossible la recherche du réflexe oculo-cardiaque.

Obs. XVIII. M... Roger, 20 ans, soldat au 14<sup>e</sup> régiment d'infanterie, blessé le 8 juillet 1916 à F... par éclat d'obus, entré dans mon service le 25 juillet.

Il y a eu transfixion dans la région cervicale, l'orifice d'entrée à la pointe de la mastoïde gauche, vers le lobule de l'oreille, l'orifice de sortie sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, à un centimètre environ au-dessous d'une ligne horizontale passant par le bord supérieur du cartilage thyroïde. L'examen du pharynx montre une plaie bourgeonnante de sa paroi postérieure à la hauteur de la base de la langue ; elle admet le stylet qui pénètre peu profondément dans la colonne vertébrale.

L'examen pratiqué à l'entrée montre la corde vocale gauche absolument immobile, un peu en dehors de la ligne médiane ; la voix est aiguë dans sa tonalité, couverte dans le bas, bien que le malade puisse encore chanter d'une voix très couverte, il est vrai. Pouls : 106.

11 septembre. — La corde vocale gauche est toujours un peu en dehors de la ligne médiane, mais la droite se juxtapose sauf au centre où l'excavation de la corde paralysée est apparente. Pouls : 112.

20 septembre. — Pouls : 108. Voix normale. En se repérant attentivement on constate que la corde gauche est en position cadavérique,

ou en tout cas assez éloignée de la ligne médiane, mais la corde vocale droite dépasse la ligne médiane et se juxtapose à sa congénère.

16 octobre. — Même constatation de l'immobilité de la corde gauche et de l'obliquité de la glotte, en se repérant sur le ligament glosso-épiglottique.

19 octobre 1916. — Pouls : 92. Voix couverte. Corde gauche toujours rigoureusement immobile.

25 octobre. — Pouls : 108-120. Rien au voile du palais, ni à ses piliers. Même état de la fistule pharyngée. Examen radioscopique du thorax négatif.

17 novembre. — Pouls(couché) : 118, puis 132. L'arrêt respiratoire ne modifie pas le chiffre du pouls. Alors qu'à droite le réflexe oculo-cardiaque est intense, à gauche, deux pulsations ont paru seulement retardées malgré une compression prolongée.

Les tracés pris avant toute compression dans le décubitus dorsal montrent une instabilité très marquée du pouls ; à quelques minutes d'intervalle, on voit le rythme varier de 130 à 70, en même temps qu'on observe une légère arythmie avec quelques extra-systoles. Sur le tracé pris avec le Dr Petzetakis le réflexe oculo-cardiaque du côté droit montre une diminution des pulsations d'une vingtaine par minute, avec arythmie, et quelques extra-systoles ; du côté gauche le réflexe est inversé, il y a une accélération de quelques pulsations.

6 décembre 1916. — Corde vocale gauche en position intermédiaire ; l'aryténoïde droit passe un peu en avant et la pointe de l'aryténoïde est un peu mobile, il y a une légère obliquité.

24 janvier 1917. — La fistule pharyngée paraît cicatrisée.

16 mars 1917. — La corde vocale gauche est immobile, mais son aryténoïde se déplace légèrement et il est procident. La corde droite se place obliquement et assure la juxtaposition. Voix normale.

En résumé, lésion du pneumo-gastrique gauche par un projectile qui a traversé le pharynx passant d'un côté du cou à l'autre. Chez ce blessé suivi pendant neuf mois, nous avons constaté la présence de troubles cardiaques persistants, y compris la disparition du réflexe oculo-cardiaque et nous avons assisté à l'établissement surtout net dans les derniers mois, d'une compensation par la corde vocale saine.

Obs. XIX. — Ch... Jean-Maurice, 21 ans, soldat au 63<sup>e</sup> régiment d'infanterie, blessé le 22 juin 1916 à V..., entré dans mon service le 5 septembre. Son billet d'hôpital porte : plaie en sillon de la face externe de la cuisse droite, plaie en sillon de la région scapulaire postérieure droite ; plaie pénétrante de la région latérale du cou, volumineux hématome, hémiparésie alterne.

S'est présenté le 2 septembre à la consultation laryngologique de l'Hôtel-Dieu pour aphonie ; à la fin de l'examen, il était simplement enrroué. Motilité de la langue et du voile du palais normale. Pupilles à réactions égales. Pouls : 112. Empâtement de la nuque à gauche. Ganglions au-dessous et en avant de l'angle maxillaire gauche. Corde

vocale gauche en position cadavérique, la corde droite dépasse la ligne médiane pour se juxtaposer.

La radiographie, pratiquée le 9 septembre, montre un petit éclat au-dessous et en avant de l'angle maxillaire gauche.

11 septembre. — Pouls : 92, corde vocale gauche en position cadavérique, voix très enrôlée bien que la corde droite se juxtapose énergiquement, l'aryténoïde opposé.

20 septembre. — Corde gauche en position cadavérique, la droite se juxtapose énergiquement, l'aryténoïde passant en arrière. Pouls : 112.

25 septembre. — Mêmes constatations.

22 novembre. — Recherche du réflexe oculo-cardiaque. Le tracé pris par M. Petzetakis montre du côté droit un réflexe net avec deux pauses, à gauche le réflexe se traduit par une petite accélération visible sur le tracé sphymographique.

Ainsi paralysie de la corde vocale gauche en position cadavérique, par blessure de pneumogastrique ainsi que le montre le siège de la blessure et de la radiographie. Compensation par la corde vocale opposée. Accélération persistante du pouls. Le blessé a été suivi pendant cinq mois. Réflexe oculo-cardiaque consistant en une légère accélération; il n'y a pas trace de ralentissement et ceci est à rapprocher de la perte totale de la fonction motrice (corde en position cadavérique).

OBS. XX. — Br... Etienne, 24 ans, cultivateur, soldat au 143<sup>e</sup> d'infanterie, entré dans mon service le 26 octobre 1916.

A été blessé le 18 août à F... par un éclat d'obus. Son billet porte : plaie du cuir chevelu, enfoncement de la table interne, plaie pénétrante du cou, gros hématome, plaie latérale de la jugulaire interne. Trépanation faite à V... Ablation d'esquilles de la table interne. Extraction du projectile.

Un premier examen pratiqué le 26 septembre à ma consultation de l'Hôtel-Dieu, m'avait montré la corde vocale gauche en position cadavérique, la droite un peu excavée se juxtaposant énergiquement, l'aryténoïde gauche rigoureusement immobile. L'aphonie était absolue et datait de l'intervention, laquelle avait eu lieu le lendemain de la blessure.

12 octobre. — Pouls : 80 à 84.

17 novembre. — Les deux cordes vocales sont un peu rouges. La voix s'est améliorée depuis quelque temps. La corde vocale gauche un peu excavée, est en position cadavérique, la droite opère la compensation avec son aryténoïde qui passe en avant. L'aryténoïde gauche est immobile et non prolabé. Pouls : 112 à 120.

Dilatation pupillaire droite. Réflexe oculo-cardiaque facile à obtenir à droite et quelques minutes après à gauche.

23 novembre. — On constate la dilatation pupillaire droite et la réaction pupillaire à la lumière des deux côtés. Les tracés montrent que le réflexe oculo-cardiaque est très fort à droite et à peu près autant à gauche.

24 janvier 1917. — Voix subnormale, un peu en fausset, la juxtaposition des cordes vocales s'effectue parfaitement grâce à la compensation effectuée par la droite, dont l'aryténoïde passe en avant.

Il faut se borner à enregistrer les constatations : aphonie absolue (corde gauche en position cadavérique), améliorée plus tard par compensation exercée par la corde opposée. Il y a trop d'inconnues dans cette observation pour qu'on puisse incriminer avec certitude la lésion du pneumogastrique ou au contraire celle du récurrent, car le traumatisme initial n'est pas seul en cause ; il faut envisager la trépanation, la ligature de la jugulaire et peut-être aussi du sympathique cervical, du pneumogastrique ou du récurrent. La dilatation pupillaire du côté sain, l'accélération du pouls, la persistance du réflexe oculo-cardiaque compliquent également l'interprétation.

Obs. XXI. — Lef... Paul, 24 ans, papetier, entré dans mon service le 30 novembre 1918. Il a été blessé le 27 septembre 1918 par éclat d'obus. Il présente deux blessures : l'une (éclat d'obus intracranien) a nécessité une trépanation au niveau du pariétal gauche le 14 octobre (professeur Tixier) et elle est en bonne voie de guérison ; l'autre siège sur la région latérale gauche du cou ; il y avait là une large plaie réduite actuellement à une cicatrice en forme d'étoile à trois branches ou de T dont la branche horizontale se trouverait en avant ; elle est à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde en plein dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien que sa branche horizontale croise perpendiculairement. On ne peut distinguer la plaie du projectile de la plaie opératoire.

Immédiatement après la blessure, il n'y a eu aucun trouble de la voix, ce n'est que le lendemain (ou le surlendemain dit une autre note) à l'ambulance, après l'extraction de l'éclat, que le malade s'est aperçu qu'il avait la voix enrouée. Depuis cette date, l'enrouement, plus ou moins accentué à certains moments, a toujours persisté ; actuellement, voix bitonale. Un premier examen laryngoscopique pratiqué le 5 novembre m'a montré une paralysie de la corde vocale gauche.

Un croquis pris à cette date montre la corde gauche en position cadavérique, avec une compensation appréciable par la droite dans la phonation, l'aryténoïde droit passant en avant.

30 novembre. — Même constatation.

13 janvier 1919. — Dans la respiration, l'aryténoïde gauche est procident, et celui de droite apparaît sur un plan un peu postérieur ; dans la phonation, l'aryténoïde droit passe en avant et relève le gauche ; il y a compensation très appréciable ; le malade dit parler mieux, et de fait sa voix est presque normale.

5 février 1919. — La voix est presque normale ; le malade peut même chanter sauf dans les notes élevées. Pouls (debout) : 102. Pas de dilatation pupillaire bien qu'il y ait une légère taie centrale et transversale, d'origine également traumatique. Cinq minutes après, pouls (couché) : 58, vérifié à deux reprises.



19 février. — Corde vocale gauche toujours immobile ; la juxtaposition de la droite est parfaite, de même que la voix parlée. L'aryténoïde gauche est passablement procident et il est animé de quelques mouvements respiratoires. Légère inégalité pupillaire, la pupille gauche (celle de la taie) étant la plus étroite.

En résumé, plaie de la région sous-mastoïdienne gauche ; l'extraction de l'éclat a entraîné la section du pneumogastrique gauche, si on en juge par l'enrouement consécutif. Remarquable instabilité du pouls qui varie presque du simple au double avec les changements d'attitude. Corde vocale gauche en position cadavérique, avec aryténoïde procident, inerte, soulevé dans la phonation par l'aryténoïde opposé dont la corde opère une compensation parfaite. Noter que la position cadavérique et le mouvement de compensation ont été constatés quarante jours après la blessure.

Obs. XXII. — Pl... Pierre, 28 ans, cultivateur, soldat au 7<sup>e</sup> régiment d'infanterie, entré dans mon service le 29 juillet 1916.

Blessé le 1<sup>er</sup> juillet 1916, à F..., par un éclat d'obus au cou ; le projectile qui était, paraît-il, profond, a été enlevé peu après sur le front.

On constate actuellement une ligne d'incision se dirigeant de l'articulation sterno-claviculaire gauche vers la mastoïde gauche, sur une longueur de 7 centimètres environ.

Le blessé est envoyé pour des troubles de la déglutition. Il n'y a ni paralysie du voile, ni paralysie du pharynx. Peut-être faut-il songer à une lésion de l'œsophage ou de son voisinage, car les troubles de la déglutition consistent dans une sensation d'arrêt des aliments non au niveau du pharynx, mais au niveau de l'œsophage cervical ; il y a, en même temps, de la douleur au passage des aliments. Pas de reflux nasal des liquides.

De plus, paralysie de l'hypoglosse gauche (la moitié gauche de la langue atrophiée donne la sensation de chiffon et sa pointe est déviée à gauche) ; paralysie du sympathique cervical gauche (myosis, enophthalmie) ; enfin, troubles dans les fonctions du pneumogastrique gauche : légère parésie de la corde gauche, rougeur de cette corde vocale, et léger œdème aryténoïdien du même côté.

Au début, le blessé a eu des troubles de la salivation, qui était exagérée, actuellement il se plaint de sécheresse de la bouche. Il a eu aussi quelques troubles respiratoires consistant en gêne de l'inspiration sans tachypnée, sans crises d'asthme.

Douleur spontanée sur le côté gauche du cou. Pas de toux quinteuse, mais toux sèche.

Le malade a été très enroué au début. Actuellement sa voix est claire. Pouls : 136 lors du premier examen ; 104 le 1<sup>er</sup> août ; 108 le 1<sup>er</sup> septembre ; 94 le 25 septembre.

En résumé, blessure de l'hypoglosse, du sympathique cervical

et du pneumogastrique gauches. Celle-ci, vu le siège de la cicatrice, ne paraît pas faire de doute, en raison des troubles respiratoires (passagers, il est vrai) et de l'accélération du pouls. La corde vocale gauche a été notée simplement parésiée (il n'y a pas d'autres détails) et l'enrouement s'est progressivement amélioré. Il est probable qu'il s'agit d'une blessure très superficielle du nerf, compatible avec un assez rapide retour de la fonction ; la diminution progressive du chiffre du pouls semble en faveur de cette hypothèse.

A noter la rougeur de la corde vocale gauche.

OBS. XXIII. — Fo... Jean, 30 ans, soldat au 3<sup>e</sup> zouaves, est adressé, le 20 avril 1918, à ma consultation de l'Hôtel-Dieu, par le D<sup>r</sup> Delore, dans le service duquel il est hospitalisé. Blessé le 23 mars 1918 par un éclat de grenade, il a eu la carotide droite sectionnée, ainsi que le pneumogastrique droit. Il a pu, dit-il à plusieurs reprises, appeler au secours ; quelques minutes après, aphonie qui persiste encore maintenant. Difficulté pour avaler. Extinction de voix. Reflux des liquides par le nez.

La langue est déviée à droite et sa moitié droite saisie entre les doigts à travers une compresse donne la sensation de chiffon caractéristique.

La pupille droite est en myosis, mais réagit tout de même à la lumière, la gauche paraît dilatée.

La corde vocale droite est en position cadavérique et excavée. Le pouls est à 96.

La luette est oblique, dirigée de haut en bas et de gauche à droite ; pendant la phonation, le voile est entraîné en haut et à gauche et se creuse davantage à gauche.

Pendant la nausée il y a un mouvement de translation très net de la paroi postérieure du pharynx vers la gauche, en même temps que le pilier postérieur gauche se porte vers la ligne médiane, le pilier postérieur droit demeurant inerte.

La voix est complètement éteinte.

Cette observation réalise le syndrome que j'ai autrefois décrit sous le nom de syndrome des quatre nerfs craniens ; il s'y ajoute de la paralysie du sympathique cervical. Dans la première observation que j'ai publiée en 1913 il y avait aussi une ébauche de participation du sympathique.

Ici il y a eu section, semble-t-il, du paquet nerveux. A mon examen, trente-sept jours après la blessure, la corde vocale droite était en position cadavérique, nulle part ne s'esquissait une ébauche de restauration fonctionnelle.

OBS. XXIV. — D... Jean, 21 ans, cultivateur, soldat au 33<sup>e</sup> régiment d'infanterie, entré dans mon service le 5 août 1918.

Blessé le 31 mai par une balle de mitrailleuse ; l'orifice d'entrée, punctiforme, siège dans la région de la nuque, sur un point situé à 4 centimètres à gauche de la ligne médiane et à 3 centimètres au-dessus de l'apophyse de la 7<sup>e</sup> cervicale. La plaie de sortie est marquée par une longue cicatrice de 45 millimètres de longueur, située au-dessous de la partie interne de la clavicule gauche. L'extrémité externe de la ligne cicatricielle, par rapport à la clavicule, se trouve sur la face antérieure de cet os, à 3 centimètres en dehors de l'extrémité articulaire (à ce niveau existe un léger sillon creusé dans la face antérieure de la clavicule par la balle) ; l'extrémité interne de la ligne cicatricielle par rapport à la fourchette, est à 3 centimètres de la partie médiane de celle-ci. Remarquer que l'homme était couché quand il a été blessé ; la balle a dû éroder la clavicule, enlever la peau sur une longueur de 45 millimètres, et sortir au point le plus inférieur de la ligne.

Il y a une légère participation du plexus branchial ; la 5<sup>e</sup> racine cervicale a dû être intéressée, car les mouvements du deltoïde et du coraco-brachial se trouvent gênés : le blessé ne peut que difficilement élever le bras et le porter en avant et en haut.

Le blessé a été aphone instantanément ; à l'air chaud il parle passablement, mais au froid il s'enroue ; au début il a beaucoup toussé.

Un premier examen pratiqué à l'Hôtel-Dieu le 2 juillet, soit un mois après la blessure, me montra la corde vocale gauche complètement paralysée, en position cadavérique, sans excavation, sans prolapsus de l'aryténoïde, et la corde vocale droite dépassant légèrement la ligne médiane.

30 septembre 1918. — La corde vocale gauche est en position cadavérique, la droite effectue la compensation de telle sorte que la voix parlée est à peu près normale, mais le blessé ne peut crier. Aryténoïde gauche un peu (à peine) basculé en avant ; un croquis annexé à l'observation montre la corde gauche en position cadavérique, mais non excavée ; un deuxième croquis montre la juxtaposition de la corde vocale droite, son aryténoïde s'appliquant fortement sur le gauche et passant en avant de lui. Les deux cordes vocales sont rosées, le poulx à 92-96, régulier.

19 janvier 1919. — Mêmes constatations. Poulx : couché 75 à 80, debout : 105.

S'agissait-il d'une blessure du pneumogastrique ou du récurrent ? Je demandai l'avis de M. le professeur Testut, alors médecin principal au Service de localisation des projectiles, à Bordeaux. Sa première impression fut que le récurrent avait été touché, le pneumogastrique ne pouvant guère être lésé dans la région sous-hyoïdienne sans que la jugulaire ou la carotide le soient simultanément, ce qui entraînerait une mort rapide. Mais après nous avoir demandé les précisions résumées ci-dessus au sujet de l'orifice d'entrée et du point de sortie, il voulut bien nous communiquer la note suivante :

« Le projectile a d'abord traversé les téguments et les muscles de la nuque. Arrivé à la région transversaire il a passé un peu au-dessous de l'apophyse transverse de la 7<sup>e</sup> cervicale. Puis, poursuivant son trajet, il a perforé le scalène postérieur et atteint en avant de ce muscle, les branches constitutives du plexus brachial, qu'il a traversées en passant entre le 6<sup>e</sup> nerf cervical et le 7<sup>e</sup>. Il a traversé alors la partie inférieure du creux sus-claviculaire, est arrivé sur la clavicule, l'a légèrement écornée sur sa face intérieure et s'est échappé au-dessous d'elle en perforant successivement le muscle sous-clavier, l'aponévrose clavi-pectorale et le muscle grand pectoral.

Ce trajet, en regard du larynx, se trouve placé à 33 millimètres du plan médian, beaucoup trop loin pour que le projectile ait pu atteindre le nerf récurrent qui n'est séparé de ce plan médian que par un intervalle de 8 à 10 millimètres.

Dans le creux sus-claviculaire le projectile a passé tout à côté du paquet vasculo-nerveux formé par la carotide primitive, la jugulaire interne et le pneumogastrique, sans ouvrir l'un ou l'autre de ces vaisseaux. Reste à préciser le mécanisme de la lésion du pneumogastrique.

Le projectile a-t-il pu, dit M. Testut, en passant entre la veine et l'artère, sectionner le nerf sans léser les vaisseaux ? C'est peu vraisemblable, car la carotide primitive et la jugulaire me paraissent *a priori* être assez rapprochées l'une de l'autre pour ne pas permettre à une balle de passer entre les deux sans les léser plus ou moins, mais je ne puis toutefois l'affirmer car j'ai observé quelques cas de projectiles passant au-dessous de la clavicule, entre l'artère et la veine axillaire sans les ouvrir. Si ce fait devait être abandonné comme impossible, je me rattacherais bien volontiers à une offense du nerf à distance (commotion) par la balle passant sur le côté externe du paquet vasculo-nerveux. »

C'est le pneumogastrique qui a été intéressé, avec une légère participation du plexus brachial dont une racine a été effleurée par le projectile. A remarquer la toux du début par irritation du nerf, bien que celui-ci n'ait pas encore reçu le laryngé supérieur, l'accélération persistante du pouls, l'immobilisation de la corde vocale en position cadavérique, constatée trente-trois jours après la blessure, l'aphonie immédiate absolue, plus tard très améliorée grâce à la compensation par la corde opposée.

Obs. XXV (résumée). — Ch... Léon, 41 ans, est adressé à ma consultation de l'Hôtel-Dieu, le 29 mai 1923, par mon collègue, le professeur agrégé Froment, dans le service duquel il se trouve depuis



quatre semaines et qui a bien voulu me communiquer l'observation dont voici le résumé très succinct.

En juillet 1916, il a eu une grave blessure : fracture de la région orbito-faciale gauche, la partie supérieure de la joue rabattue en bas ; dans le fond de la plaie apparaissait un volumineux champignon, hernie cérébrale (?) ; l'œil droit dut être énucléé. A la suite de multiples interventions et grâce à un appareil protecteur, le blessé put reprendre une vie à peu près normale.

A partir de juillet 1922, crises de dyspnée avec perte de connaissance, sans convulsions. Vers la fin de 1922, trismus et gêne de plus en plus considérable de mastication. Depuis le début de 1923, paralysie faciale progressive et gêne de la déglutition des solides. Actuellement, paralysie faciale droite avec tremblements fibrillaires, paralysie du trijumeau moteur, du pathétique et du moteur oculaire externe du même côté, diminution du goût à droite ; gêne considérable de la déglutition des solides, ils ne peuvent être avalés sans boire,

La ponction lombaire a donné une réaction de Bordet-Wassermann négative ; le liquide céphalo-rachidien contient 0,30 de sucre et l'examen cytologique ne montre que deux éléments par millimètre cube.

L'examen laryngoscopique me montre une paralysie de la corde vocale droite en position médiane, avec prolapsus de l'aryténoïde ; la voix est normale et le blessé peut chanter mais avec un halètement.

Dans la phonation, le voile du palais remonte en haut et à gauche ; la paralysie de l'hémivoile est très appréciable ; celle du glosso-pharyngien l'est également (entraînement de la paroi postérieure du pharynx vers le côté sain). Reflux nasal des liquides ; ne peut avaler que le pain mousseline mouillé. L'attouchement du pharynx provoque la nausée. Rien au spinal externe (la rotation du cou et le haussement des épaules s'effectuent normalement). La langue n'est pas hémiatrophiée, mais le raphé est incurvé. Pouls : 120 après l'examen un moment après ; couché et tranquille, pouls : 84 à 92. Par compression de l'œil droit il tombe de 22 au quart à 13 au quart.

J'ai appris depuis, par le Dr Froment, que le traitement spécifique institué à tout hasard n'avait pas donné de résultat et que le blessé avait succombé chez lui, le 30 août, dans une cachexie progressive.

Il y a beaucoup d'obscurité dans cette observation : la paralysie des quatre derniers nerfs, du moteur oculaire externe et du facial peut s'expliquer par un processus gliomateux ou pachyméningitique. La corde vocale droite est rectiligne et sur la ligne médiane ; il y avait accélération du pouls et le réflexe oculo-cardiaque était conservé comme dans l'observation XX, où il y avait eu aussi un enfoncement de la boîte crânienne.

## II. — Etude analytique des symptômes.

### TROUBLES VOCAUX

Dans la moitié des cas le trouble vocal a été immédiat (tantôt enrouement, voix « cassée » ou éraillée, tantôt aphonie absolue); dans un certain nombre de cas cette particularité n'est pas notée. Dans un cas la voix s'est affaiblie dans l'heure qui a suivi (Obs. XVI); dans d'autres, le trouble vocal a succédé à une intervention chirurgicale (extraction d'un projectile ou ligature de la jugulaire); dans un autre enfin le trouble vocal a été progressif (Obs. II), il ne s'est manifesté, et progressivement, qu'au bout de trois semaines (il y avait à tenir compte non seulement de l'action du projectile, mais d'une compression possible par anévrysme artério-veineux). Il n'est pas probable que, dans les autres cas, la nature de la lésion nerveuse puisse expliquer ces différences : une lésion à distance, n'intervenant que par l'infiltration sanguine qu'elle détermine, provoque aussi bien une aphonie rapide que le ferait une section nerveuse.

#### *Trouble de la voix et position de la corde paralysée.*

Il peut être difficile de se prononcer sur l'immobilité et la position d'une corde vocale. Depuis 1906, pour l'examen des paralysies laryngées, j'utilise un miroir sur lequel j'ai tracé un trait au diamant qui le divise en deux parties égales; grâce à cet artifice, employé d'ailleurs par d'autres, on se rend bien compte de l'immobilité absolue d'une corde vocale; par contre sa position vis-à-vis de la ligne médiane est parfois difficile à préciser; pour établir celle-ci, on peut quelquefois se repérer sur le ligament glosso-épiglottique médian, repère qui cesse d'être valable dans les cas de déviation du larynx ou de l'épiglotte.

Envisageons successivement les résultats du premier examen et ceux des examens suivants.

Au premier examen on trouve :

Huit cas à corde vocale en position cadavérique avec aphonie absolue et persistante.

Trois cas à corde vocale en position cadavérique avec enrouement très prononcé ou voix bitonale.

Trois cas à corde vocale en position médiane et excavée (Obs. V,

X, XI), l'un avec voix enrouée, bitonale, les deux autres avec voix très couverte, presque éteinte.

Trois à corde vocale en position para-médiane et excavée (Obs. IV, XVII, XVIII) avec aphonie assez rapidement améliorée ou enrouement intense.

Cinq cas à corde vocale en position médiane et non excavée, accusant seulement de l'enrouement léger, de la monotonie de la voix ou une fatigue rapide.

De cet examen comparatif, il ressort que c'est le défaut de tension qui est le principal facteur du trouble vocal ou plus exactement qui en est un facteur indispensable. Mettons à part la position cadavérique (défaut de tension et d'adduction) où la voix est naturellement très touchée (aphonie ou enrouement extrême), n'envisageons que les cas où la corde vocale est médiane ou paramédiane : si elle est excavée (six cas), la voix est très enrouée, très couverte souvent, avec un coulage intense ; si elle est rectiligne (cinq derniers cas), le blessé n'accuse qu'un enrouement léger, ou une voix monotone, ou l'impossibilité de crier, ou une fatigue rapide, amenant seulement de l'enrouement au bout de quelques minutes.

Cela n'est pas pour surprendre ; on connaît l'aspect de la glotte dans la laryngite aiguë accompagnée de parésie des thyro-aryténoïdiens internes et l'aphonie, complète ou presque, qu'elle entraîne pendant plusieurs jours et quelquefois même plus longtemps.

La *déviation de l'épiglotte* n'a été notée que dans deux cas d'hémiplégie laryngée droite, l'opercule était dévié à droite (Obs. II) ; dans un cas d'hémiplégie laryngée gauche (Obs. VII), il était dévié à gauche. Dans ces deux cas il y avait paralysie des quatre derniers nerfs crâniens ; la déviation de l'opercule n'est notée ni dans les autres cas de paralysie de l'hypoglosse, ni dans les autres cas de paralysie des quatre derniers nerfs crâniens.

#### *Evolution des troubles vocaux. — Compensation.*

Aux examens ultérieurs le trouble vocal se modifie, et d'une façon générale, mais non toujours, la voix s'améliore.

Dans onze cas cette amélioration était le fait d'une compensation par la corde saine, et alors que la corde paralysée restait immobile. Ce nombre est susceptible d'être augmenté, car il y a des blessés qui n'ont pas été suivis longtemps et la compensation est souvent tardive. Il y a des cas où elle ne s'effectue pas du

tout, d'autres où elle s'ébauche seulement au bout de quelques mois ; dans quelques cas, la voix devient à peu près normale. C'est naturellement dans les cas à corde vocale immobilisée en position cadavérique que la compensation est le plus apparente, mais la voix ne redevient jamais absolument normale : il demeure toujours au moins de la fatigue, de la monotonie, de l'impossibilité de crier, puisque, si le rapprochement se rétablit, la tension reste défectueuse.

Chez d'autres blessés, c'est spontanément, par un retour des mouvements ou plutôt de la tension de la corde paralysée, et sans le concours apparent de l'autre, que la voix s'améliore : cette évolution, beaucoup plus rare, a été observée seulement dans cinq cas (Obs. II, X, XV, XIV, XXII). Le retour de la motilité s'est manifesté, au bout de quelques semaines, au bout de quatre mois, de six mois ; une corde excavée est devenue à peu près rectiligne au bout de dix-huit mois.

La compensation consiste en une intense contraction de l'aryténôïdien transverse (muscle impair à innervation bilatérale) et du crico-aryténôïdien latéral du côté sain. Ce dernier muscle porte fortement l'apophyse musculaire de son aryténoïde en avant, de telle sorte que son apophyse vocale peut dépasser la ligne médiane puisqu'elle ne bute plus sur sa congénère, laquelle est oblique lorsque la corde paralysée est en position cadavérique ou même paramédiane ; en même temps l'aryténôïdien transverse applique intimement les deux aryténoïdes l'un contre l'autre. Ce mouvement de compensation est surtout appréciable quand la corde vocale est en position cadavérique, mais on peut le voir s'esquisser sous la forme d'une contraction intense de l'aryténôïdien transverse, même dans les cas où il n'y a que de la paralysie unilatérale du tenseur.

La compensation a été notée onze fois ; dans huit cas la corde paralysée était en position cadavérique, deux fois elle était en position juxtamédiane, une fois en dehors de la ligne médiane et excavée. Trois fois l'aryténôïde sain passait en arrière, quatre fois il passait en avant ; dans l'un de ces cas il redressait complètement l'aryténôïde paralysé qui dans l'intervalle retombait sur la cavité laryngienne. Sur onze cas avec compensation, la lésion du pneumogastrique paraissait certaine neuf fois, probable une fois, celle du récurrent probable une fois. Dans les trois cas où l'aryténôïde sain passait en arrière, la lésion du pneumogastrique paraissait certaine, dans les quatre cas où il passait en avant, le pneumogastrique était intéressé trois fois. D'ailleurs la compen-



sation ne s'exerce pas seulement en cas de paralysie par lésion du récurrent ou du pneumogastrique, j'ai pu la constater aussi dans le cas de lésions organiques immobilisant par ankylose une articulation crico-aryténoïdienne.

Existe-t-il un rapport entre le prolapsus aryténoïdien du côté paralysé et la situation de l'aryténoïde sain ? Sur les cas où ce prolapsus est noté, deux fois l'aryténoïde sain passait en arrière, une fois en avant, chez un quatrième il n'y eut jamais compensation (corde paralysée rectiligne en position médiane) chez deux autres elle n'eut pas à s'établir en raison de l'amélioration ultérieure de la paralysie (Obs. VIII, XVII).

Les traumatismes de guerre peuvent nous renseigner sur la date à laquelle s'établit la compensation, donnée qui nous échappe à peu près complètement dans les lésions spontanées du récurrent ou du pneumogastrique. Cette date est fort variable, on la voit assez fréquemment s'ébaucher au bout d'un ou deux mois : trente-sept jours (Obs. III), soixante-dix jours (Obs. XIX), quarante jours (Obs. XXI), dans ces trois cas la corde paralysée était en position cadavérique ; d'autres fois elle ne s'ébauche qu'après six mois, malgré la position cadavérique (Obs. XIII, blessé âgé il est vrai de 39 ans) ; elle a été trouvée bien établie au bout de six à douze mois (Obs. VII), six mois, cinq mois, trois mois, quatre mois, trois mois et demi, quatre mois, quatre mois et demi.

Dans d'autres cas elle ne s'établit pas du tout, même après une longue période d'observation ; sur dix cas de cette catégorie la corde paralysée était six fois en position médiane, deux fois en dehors de la ligne médiane, une fois il s'agissait de simple parésie, une fois la corde vocale était en position cadavérique et excavée, mais le sujet ne fut examiné qu'une seule fois, trente-sept jours après sa blessure.

*Situation ultérieure de la corde paralysée.* — Eliminons les cas où la période d'observation a été trop courte. Parmi ceux qui restent, sept avaient la corde vocale paralysée en position cadavérique et elle y est restée. Sur les huit autres, deux (Obs. VIII et IX) avaient la corde paralysée en position médiane et rectiligne, elle était dans la même position cinq ans après chez l'un, neuf mois après chez l'autre ; un avait la corde paralysée en position médiane et rectiligne (Obs. II), plus tard elle s'est excavée et s'est un peu écartée sans atteindre cependant la position cadavérique, huit ans après elle était revenue sur la ligne médiane, elle n'était plus excavée, mais demeurait toujours immobile ; dans l'observation X une corde excavée était devenue au bout de dix-

huit mois presque rectiligne ; dans l'observation XVII, paramédiane et excavée, elle s'est peu modifiée ; dans l'observation XVIII, juxtamédiane et excavée, elle s'est un peu écartée progressivement ; dans les observations XIV et XV elle a présenté au bout de quatre et six mois un retour relatif de la motilité. Sauf ces deux exceptions concernant toutes deux une position voisine de la ligne médiane, la corde vocale paralysée est donc demeurée définitivement immobile. On voit donc que d'ordinaire la situation de la corde vocale paralysée est immuable : les cordes vocales en position cadavérique y demeurent ; les cordes vocales en position médiane y demeurent également, et pendant des années ; on a pu cependant (deux cas) les voir s'écarter un peu progressivement. Ce qui est moins immuable que la situation de la corde, c'est sa tension : on voit une corde vocale rectiligne et immobile s'excaver et on peut la voir redevenir rectiligne après de longs mois. En somme il n'y a pas passage de la ligne médiane à la position cadavérique, alors que ce passage est beaucoup plus fréquemment noté dans les compressions ; il ne faut pas perdre de vue que les compressions sont des lésions progressives, mes constatations n'infirment donc pas l'hypothèse qui considère la position médiane et la cadavérique comme deux étapes successives d'une paralysie, mais cette succession possible n'est point nécessaire, et d'autre part, les traumatismes de guerre nous montrent qu'il existe des paralysies à *position cadavérique d'emblée*, ou du moins constatable peu de jours après la blessure et authentifiées par la notion d'une aphonie immédiate. Si je compare l'ensemble de ces paralysies laryngées traumatiques aux hémiplegies laryngées de ma pratique hospitalière civile, je trouve, autant que je puis en juger par ces observations dont plusieurs sont déjà anciennes, une prédominance nette de la position cadavérique : sur 100 observations explicites à ce point de vue, 60 indiquent la position cadavérique contre 40 en position médiane ou juxtamédiane. Là aussi on peut voir une corde vocale rester en position médiane pendant des mois, d'autres fois pendant des années. Ainsi donc, de cet ensemble de faits ressort, à de rares exceptions près, la notion de l'immutabilité habituelle des troubles résultant de la paralysie du pneumogastrique : persistance de la paralysie, persistance ordinaire de la position initiale de la corde paralysée, persistance des troubles cardiaques.

Dans l'observation IX il semble que le voile du palais se soit pris un peu plus tard ; peut-être faut-il invoquer l'hypothèse d'une névrite ascendante.

## TROUBLES VASO-MOTEURS DU LARYNX

Dans quelques cas, il y a eu rougeur persistante des deux cordes vocales ; dans deux cas seulement cette rougeur était unilatérale et très marquée.

Dans le premier (Obs. XV), la rougeur de la corde vocale droite persistait encore aussi nette dix mois après la blessure, qui intéressait la région thyro-hyôïdienne ; le pouls battait de 104 à 120 ; le réflexe oculo-cardiaque d'une remarquable intensité à gauche était très atténué à droite ; une trachéotomie, temporaire, avait été nécessitée au début par une toux spasmodique intense qui rend vraisemblable la participation du laryngé supérieur.

Dans le deuxième (Obs. XXII), l'hémiparésie laryngée gauche avec rougeur de la corde vocale se doublait de la participation de l'hypoglosse et du sympathique cervical. Le pouls, de 136, tomba progressivement à 94. Il y eut au début une salivation passagère.

Voyons comment ces constatations cadrent avec les résultats de l'expérimentation physiologique.

L'excitation du bout supérieur du vago-sympathique chez le chien produit de la vaso-constriction laryngée (Vulpian), vraisemblablement par l'excitation des vaso-constricteurs contenus dans le sympathique cervical qui, chez cet animal, est accolé, comme on sait, au pneumogastrique cervical. Le résultat est encore plus net si on excite l'anneau de Vieussens. Ces filets vaso-constricteurs arrivent au larynx par le nerf laryngé supérieur (Hédon).

Le laryngé supérieur contient également des fibres vaso-dilatatrices. Hédon, excitant le bout périphérique du nerf laryngé supérieur chez le chien curarisé, a obtenu sur l'hémilarynx correspondant de la vaso-dilatation et de l'hypersécrétion : il remarque que cet effet est surtout visible sur la région aryténoïdienne, et sur la corde vocale seulement à sa réunion avec l'apophyse vocale de l'aryténoïde. L'effet persiste, même si on a préalablement sectionné les récurrents et les vago-sympathiques. Cet effet de l'excitation du laryngé supérieur avait échappé à Spiess qui opérait sous la narcose par l'atropo-morphine.

L'excitation du bout périphérique du nerf récurrent n'a pas d'effet vaso-moteur.

La conservation du tonus vasculaire malgré la section des nerfs laryngés s'explique par cette considération qu'ils doivent être, comme ceux de la région bucco-faciale, soumis à l'action du système nerveux ganglionnaire périphérique.

## SYMPTOMES CARDIAQUES.

S'il est universellement établi que l'excitation de l'un des pneumogastriques ralentit le cœur, par contre la plupart des traités de physiologie admettent que la section d'un seul pneumogastrique n'a pas d'effet sensible sur le rythme cardiaque. Ma statistique personnelle va complètement à l'encontre de cette opinion.

*Tachycardie.* — Sur les dix-neuf cas où l'atteinte du pneumogastrique me paraît certaine, j'en trouve treize où le pouls s'élevait au-dessus de 100 (à savoir cinq par lésion du pneumogastrique droit et huit par lésion du pneumogastrique gauche), trois où le pouls était autour de 100, trois où il était entre 90 et 100.

Dans les treize premiers cas, l'accélération atteignait fréquemment 132, 136, 140 et ces chiffres élevés s'observaient aussi bien dans les lésions siégeant à droite que dans les lésions siégeant à gauche ; il ne m'a pas paru y avoir de différence entre les deux côtés. Je rappelle que l'excitation du pneumogastrique droit ralentit le cœur davantage que celle du pneumogastrique gauche (Arloing et Tripier).

En ce qui concerne la participation éventuelle des autres nerfs sur les trois cas où il y avait atteinte des quatre derniers nerfs craniens, deux seulement étaient au-dessus de 100 ; sur les quatre où il y avait lésion plus ou moins légère du sympathique cervical, trois étaient au-dessus de 100 ; sur deux cas où il y avait lésion du sympathique et des quatre derniers nerfs, un seul était au-dessus de 100.

Les chiffres les plus élevés ont été observés aussi bien chez des blessés atteints d'hémiplégie laryngée pure (obs. XVII, 132 ; XVIII, 130 ; XII, 140), que chez des blessés atteints d'hémiplégie laryngée associée (obs. XXII, hypoglosse et grand sympathique, 136 ; obs. VII, quatre derniers nerfs, 130). Il n'y a donc pas de différence au point de vue de la tachycardie entre les lésions haut situées et bas situées du pneumogastrique cervical, qu'elles s'accompagnent ou non de paralysie du sympathique cervical.

En résumé, l'influence modératrice du nerf vague chez l'homme peut être mise en évidence par sa section unilatérale (ou par une lésion unilatérale, n'amenant qu'une paralysie incomplète) et cette



influence est exercée aussi bien par le vague gauche que par le droit.

Cette tachycardie est remarquable par sa persistance et même par son aggravation ultérieure ; dans nombre de cas elle n'atteint pas d'emblée son maximum. Je l'ai retrouvée inchangée après des années dans des cas où il m'a été donné de pratiquer cet examen ; dans un autre, elle était atténuée au bout de cinq ans, le pouls battant à 96 au lieu de 126 (obs. VIII, lésion du pneumogastrique gauche). Par contre, dans un cas où la paralysie laryngée s'améliorait (obs. XXIII), l'accélération du pouls diminuait, les chiffres successifs étant 136, 104, 94.

*Instabilité.* — Dans ces évaluations il y a lieu toutefois de se défier des grandes différences de rythme que présente le pouls d'un moment à l'autre, et notamment à l'occasion des changements d'attitude.

Cette instabilité est en effet aussi remarquable et aussi constante que la tachycardie. Elle est particulièrement nette dans les observations II, IV, VII, IX, XIII, XVIII, XX, XXIV. Il y a des cas où cette instabilité était telle que le pouls passait de 70 à 130 à quelques minutes d'intervalle (obs. XVIII). Dans l'observation XXI le pouls est à 102 debout et à 58 couché.

*Extrasystoles.* — On note d'autres fois, mais beaucoup plus rarement, la présence d'intermittences ; dans l'observation XVIII les extrasystoles persistaient encore neuf mois après la blessure. Les extrasystoles ont été notées également par Heitz, et la compression des globes oculaires favorisait leur apparition ; par contre, sur les tracés, il ne m'a pas paru que la conduction auriculoventriculaire fût troublée.

*Persistance des troubles cardiaques.* — Dans l'observation II, où le ganglion plexiforme était intéressé, le pouls était dans le premier mois au-dessus de 100 (94 à 96) : le mois suivant il dépassait ce chiffre (104 à 108) ; huit ans et demi plus tard, l'accélération s'était maintenue et l'instabilité était très appréciable, 112 en position assise, 96 à 102 en position couchée ; un an plus tard le malade accusait de l'angoisse et une sensation d'oppression cardiaque dont il ne s'était jamais plaint auparavant.

L'existence de ces troubles cardiaques par une lésion de déficit, non irritative, constitue une notion intéressante et nouvelle qui mérite d'être retenue et pourra être utilisée désormais pour le diagnostic des lésions du pneumogastrique, quel que soit le côté ou le niveau de cette lésion ; ces troubles devaient être forcément

méconnus dans les paralysies laryngées non traumatiques, spécialement dans les paralysies par compression, où trop de facteurs interviennent.

*Réflexe oculo-cardiaque.* — Le réflexe oculo-cardiaque a été cherché dans un certain nombre de cas. Dans six cas de lésion présumée du pneumogastrique il était supprimé ou remplacé par une accélération ; dans un autre cas (obs. XV), il persistait, mais très atténué, alors que du côté sain il était excessivement intense se traduisant par un ralentissement énorme et des pauses prolongées de cinq secondes et plus. Tous ces cas étaient remarquables par une tachycardie au-dessus de 100 pulsations et quelques-uns d'entre eux par une instabilité très prononcée. La position de la corde vocale paralysée était variable, deux fois cadavérique, quatre fois sur la ligne médiane ou à son voisinage avec ou sans excavation du bord libre. Il est intéressant de noter la disparition du réflexe oculo-cardiaque dans les cas où la corde vocale est sur la ligne médiane : ce simple détail montre bien que cette position n'est pas le résultat d'une contracture comme Krause l'a soutenu, mais d'une paralysie. Par contre, le réflexe oculo-cardiaque a été trouvé existant dans un cas de lésion probable du pneumogastrique (obs. XX) et dans un cas très complexe de lésion méningée ou peut-être cérébrale.

Dès 1917, j'ai montré avec M. Petzetakis le parti qu'on pouvait tirer de la disparition du réflexe oculo-cardiaque pour le diagnostic différentiel entre les lésions du tronc du pneumogastrique et celles du récurrent. Cette notion a été confirmée depuis. On a signalé aussi des cas de lésions curables du pneumogastrique qui s'accompagnaient d'une exagération du réflexe oculo-cardiaque du côté paralysé, phénomène qui disparaissait à son tour avec le retour normal de la fonction vocale (G. Picot).

Plus tard j'ai pu me convaincre, en examinant des paralysies laryngées d'origines diverses et notamment par compression, que la proposition primitivement émise était trop absolue, et que si les lésions du récurrent ne troublent pas le réflexe oculo-cardiaque, par contre il peut quelquefois persister dans les lésions authentiques du pneumogastrique accompagnées de tachycardie : il y a des lésions assez légères pour interrompre le passage de l'influx nerveux moteur ou l'influence continue des centres cardiomodérateurs, tout en permettant à un réflexe inhibiteur instantané de s'exercer. Ces exceptions mises à part on peut encore constater la disparition du réflexe au bout de plusieurs années.

*Peut-on établir un rapport entre le degré de la lésion et l'inten-*

*sité des troubles cardiaques ?* — Il y a accélération du pouls aussi bien dans les cas où la corde vocale est immobilisée en position médiane ou juxtamédiane que dans les cas où elle est en position cadavérique ; on trouve des chiffres élevés (120, 130) dans l'une et l'autre position, et cela n'est pas pour surprendre, car il n'est pas universellement admis que la position de la corde vocale renseigne toujours et avec précision sur le degré de la lésion du nerf vague. De même, le réflexe oculo-cardiaque est supprimé aussi bien dans des paralysies à position médiane dans des paralysies à position cadavérique, sur six cas à réflexe oculo-cardiaque supprimé ou très diminué, deux fois la paralysie a un peu rétrocedé ; dans les autres elle ne s'est pas modifiée ; si la voix s'est améliorée, c'est par le mécanisme de la compensation, et il y avait de la tachycardie (108 et plus) dans les cas à amélioration partielle.

#### ASSOCIATION

Je ne veux pas revenir sur les symptômes des hémiplegies laryngées associées qui ont fait l'objet d'un précédent article. Je ne les rappellerai donc que très brièvement.

*L'atteinte des quatre derniers nerfs craniens* se traduit, outre la paralysie laryngée et les troubles cardiaques, 1° par une hémiplegie vélo-palatine, le voile entraîné du côté sain et en haut ; 2° par une hémiplegie scapulaire quelquefois très marquée ; 3° par une hémiplegie pharyngée ; dans la nausée, dans l'effort, et même dans le cri la paroi postérieure du pharynx est entraînée du côté sain à cause de l'inertie de l'hémipharynx paralysé, et ce mouvement de translation est d'autant plus apparent que les piliers du voile du côté sain se tendent et par conséquent se rapprochent de la ligne médiane, cette discordance amplifie donc le phénomène ; cette paralysie de l'hémiconstricteur du pharynx, indice d'une lésion du glosso-pharyngien, amène au point de vue fonctionnel une *gêne intense de la déglutition des solides* et il peut s'y adjoindre des troubles du goût, plus ou moins appréciables ; 4° par une déviation de la langue du côté malade, avec déformation en croissant dont la convexité est dirigée du côté sain et par une hémiatrophie de cet organe qui donne, saisi entre les doigts, la sensation d'un chiffon, alors que l'autre moitié durcit et se contracte.

Il est évident que la constatation de cette association (et même d'une simple hémiplegie vélo-palatine), sert à préciser le siège

de la lésion du pneumogastrique, intéressant alors la partie supérieure du ganglion plexiforme, au niveau ou au-dessus de l'émergence des filets pharyngiens.

L'adjonction de la *paralysie de l'hypoglosse* à l'hémiplégie laryngée a une symptomatologie moins uniforme (4 observations); il y a hémiatrophie de l'organe plus ou moins prononcée, et sa pointe est déviée du côté paralysé; dans un cas cependant (obs. X) la concavité de l'organe se dessinait du côté opposé à la blessure et à l'hémiplégie laryngée et sa pointe était mieux portée dans la commissure du côté sain. Dans aucun de ces quatre cas, il n'y avait de déviation de l'épiglotte, alors qu'elle existait deux fois sur trois cas de paralysie glosso-pharyngo-laryngée. Dans deux de ces cas, la *participation du sympathique cervical* se traduisait par du myosis et de l'enophtalmie ajoutés à l'hémiplégie glosso-laryngée.

Dans deux cas de paralysie des quatre derniers nerfs craniens, l'atteinte du sympathique était beaucoup plus légère, se traduisant dans un cas (obs. II) par de l'enophtalmie, et dans l'autre (obs. XXIII) par du myosis.

### III. -- Détermination, par les symptômes, du siège des lésions du pneumogastrique

*Existe-t-il un moyen de différencier les lésions du pneumogastrique au-dessous de la naissance du laryngé supérieur des lésions du récurrent ?*

Je crois que ni les troubles fonctionnels laryngés, ni l'image laryngoscopique ne le permettent, et que la seule différence réside dans l'adjonction des troubles cardiaques sur lesquels j'ai longuement insisté plus haut (tachycardie, extrasystoles, intermittences, instabilité parfois extrême du pouls), auxquels peut s'ajouter rarement une toux sans caractère spasmodique. Je suis convaincu que nombre de cas considérés en pathologie comme des paralysies récurrentielles sont en réalité l'expression d'une compression au sommet du thorax, non du récurrent, mais du pneumogastrique; les troubles cardiaques énumérés ci-dessus ne sont pas remarquables ou bien leur production est rapportée à l'affection viscérale qui est la cause de la compression.

*Existe-t-il un moyen, de par les symptômes laryngés, de localiser la lésion à la partie inférieure du ganglion plexiforme, c'est-à-dire au-dessus de la naissance du laryngé supérieur, autrement dit de déceler la participation de ce nerf ?*



On se base sur des troubles de la sensibilité (l'hémianesthésie du larynx constatée à la sonde) et éventuellement sur des troubles objectifs de la sensibilité de l'arc palatin puisqu'ils indiquent une lésion du haut pneumogastrique. On peut se baser également sur les symptômes d'origine irritative relevés dans quelques observations : spasme glottique, douleur à la pression au niveau de l'émergence du nerf laryngé supérieur vers la grande corne de l'os hyoïde, violente toux coqueluchoïde, toux avec spasme glottique et indiqué la trachéotomie. Par contre l'existence isolée de la toux, non spasmodique, n'est pas un symptôme suffisant : on la retrouve dans des observations où la lésion siègeait un peu au-dessus de l'origine du récurrent ; le pneumogastrique contient, en effet, même dans son trajet inférieur, des fibres centripètes d'origine broncho-pulmonaire dont l'excitation est capable de provoquer la toux.

Il est bien évident que les cas où la lésion atteint le pneumogastrique au-dessus de la naissance du laryngé supérieur, c'est-à-dire à la partie inférieure du ganglion plexiforme, et ceux où une lésion atteindrait simultanément le laryngé supérieur et le pneumogastrique au-dessous de la naissance de celui-ci ne peuvent avoir qu'une symptomatologie identique.

*Mais peut-on trouver dans les troubles moteurs du larynx des éléments suffisants pour déceler la participation du laryngé supérieur ?*

La paralysie isolée du laryngé supérieur se traduit (indépendamment de troubles sensitifs laryngés et des troubles de la déglutition que peut entraîner l'anesthésie du vestibule), par un défaut de tension des cordes vocales à cause de la paralysie du muscle crico-thyroïdien. Les cordes vocales ne sont pas horizontales, mais dans la respiration tranquille leur centre s'élève et s'abaisse alternativement suivant la direction de la colonne d'air qui traverse le larynx ; à un degré de plus, la glotte est ondulée, sinueuse ; on signale aussi la chute de l'épiglotte en arrière et l'impossibilité d'apercevoir les apophyses vocales (Massci). Lorsque la paralysie est unilatérale, ou même seulement inégale, la glotte est oblique (Mygind), la corde du côté lésé est sinueuse, flasque et flottante et occupe un niveau inférieur à celui de la corde saine (glotte en escalier). Si la constatation de tous ces signes peut paraître aisée dans la paralysie isolée du crico-thyroïdien, il me semble qu'ils doivent être très difficiles à apprécier lorsque la paralysie des muscles innervés par le récurrent existe en même temps, et que leur superposition

peut échapper à un œil même averti. Dans la paralysie du type récurrentiel, en effet, il peut exister, soit isolée, soit combinée à celle des adducteurs, une paralysie du tenseur (thyro-aryténoïdien interne), d'où excavation du bord libre de la corde; il peut exister aussi de la procidence de l'aryténoïde et la voix peut être très diversement altérée. La glotte en escalier est peut-être facile à apprécier dans la juxtaposition des cordes, mais si la corde malade est immobilisée non loin de la ligne médiane, cette constatation est plus délicate.

Une opinion couramment émise par les expérimentateurs est que la corde vocale paralysée par lésion du récurrent est immobilisée en dehors de la ligne médiane et que, si on ajoute la section du laryngé supérieur, on la porte dans une position un peu plus externe, celle qu'elle occupe sur le cadavre, de telle sorte que l'appellation « position cadavérique » appliquée à la paralysie récurrentielle serait excessive. Ce supplément d'abduction ou d'écartement, qui ne la porte cependant pas dans la position d'abduction extrême, doit être, ce me semble, fort difficile à apprécier.

Au point de vue fonctionnel, on attribue au défaut de tension résultant de l'insuffisance du crico-thyroïdien, la fatigue rapide et la monotonie de la voix, mais on relève aussi ce symptôme dans la paralysie du récurrent, ou dans des lésions de pneumogastrique, tout au bas de son trajet cervical qui ont laissé la corde vocale sur la ligne médiane ou à son voisinage; il faut tenir compte, en effet, du tenseur innervé par le récurrent et qui se trouve dans l'épaisseur même de la corde, le thyro-aryténoïdien interne.

Passons à l'examen des faits. Examinons les cas où la lésion paraît intéresser le ganglion plexiforme. Ces cas comprennent : 1° avec certitude, je crois, ceux au nombre de trois, où il y a paralysie des quatre derniers nerfs craniens; 2° quatre cas où des troubles sensitifs importants sont notés (dans deux de ces cas il y avait paralysie de l'hypoglosse), un de ces blessés présentait du spasme glottique de temps à autre, et de la douleur à la pression vers la grande corne de l'os hyoïde, un autre avait de l'hypoesthésie du larynx d'un côté, un troisième avait présenté une violente toux coqueluchoïde, chez le quatrième une toux analogue à caractère spasmodique, persistant pendant les premiers jours avait amené à pratiquer la trachéotomie; 3° deux cas de paralysie de l'hypoglosse sans troubles sensitifs. L'examen laryngoscopique montre dans la première série, une fois la corde

vocale en position médiane et plus tard excavée, deux fois la corde vocale en position cadavérique (le prolapsus aryténoïdien noté dans un de ces deux cas) : dans la deuxième série, deux fois la corde vocale en position médiane et rectiligne, une fois et en position juxta-médiane (avec prolapsus aryténoïdien noté dans les trois cas), une fois la corde en position juxta-médiane et excavée : dans la troisième série, la corde vocale est en position médiane et excavée avec prolapsus aryténoïdien très tardivement apparu ; un cas est inutilisable, la corde vocale notée simplement parésiée.

Si on compare les cas de cette catégorie à douze cas de lésions siégeant au-dessous de l'émergence du laryngé supérieur, et à deux paralysies récurrentielles, on trouve dans cette deuxième catégorie neuf fois la corde vocale en position cadavérique, deux fois la corde vocale médiane et excavée, une fois paramédiane et excavée, deux fois médiane ou juxta-médiane sans excavation ; le prolapsus aryténoïdien est noté seulement deux fois.

De cette comparaison résulte seulement une plus grande fréquence de la procidence de l'aryténoïde et une plus grande fréquence de la corde vocale en position médiane, soit rectiligne, soit excavée. Il est donc possible que la suppression de l'action du muscle crico-thyroïdien et de la traction qu'il exerce indirectement sur l'apophyse vocale, *favorise* la procidence d'un aryténoïde dont l'apophyse musculaire n'est plus maintenue par les muscles dépendant du récurrent. D'autre part, dans les quatre cas où la lésion du laryngé supérieur a amené des manifestations sensitives et où la corde vocale était en position médiane, quoique cette position de la corde soit à considérer comme paralytique, on ne sait pas jusqu'à quel point ne s'y surajoute pas un certain degré de contracture réflexe, par excitation du laryngé supérieur ; elle était, en effet, trois fois rectiligne. Il ne faut pas perdre de vue que les lésions nerveuses ici rapportées ne sont pas forcément des sections, qu'elles peuvent être irritatives (la toux spasmodique le prouve bien) et qu'elles peuvent respecter un certain nombre de fibres en supprimant la fonction des autres.

Au point de vue du diagnostic, il y a donc à envisager dans les blessures et compressions du pneumogastrique trois segments dont la symptomatologie va se compliquant progressivement de bas en haut. Le premier va de l'origine du récurrent jusqu'au-dessous du ganglion plexiforme ; sa symptomatologie se résume dans la paralysie du type récurrentiel augmentée des troubles cardiaques. Le deuxième occupe la partie inférieure du ganglion

plexiforme ; il offre la symptomatologie précédente, plus les troubles imputables au laryngé supérieur (troubles sensitifs, addition de troubles moteurs d'une appréciation délicate). Le troisième comprend la partie supérieure du ganglion plexiforme ; même paralysie laryngée, mêmes troubles cardiaques, mêmes troubles sensitifs ou phénomènes spasmodiques, plus l'hémiplégie vélo-palatine.

#### IV. — Considérations sur l'innervation du larynx.

La littérature concernant l'innervation du larynx est excessivement touffue : des recherches anatomiques montrant des dispositions qui varient avec chaque animal et sont loin d'être toujours applicables à l'homme, des constatations morphologiques complexes où il est difficile de distinguer la règle de l'exception, des expériences physiologiques à résultats inconstants ou contradictoires, des faits pathologiques d'observation le plus souvent incomplète constituent dans leur ensemble une dense végétation dans laquelle Lermoyez, avec sa clarté coutumière, a apporté un peu d'ordre, mais qui n'en demeure pas moins un maquis. Les expérimentateurs, les laryngologistes, sont encore divisés sur des questions qui paraissent essentielles, et cela n'est pas étonnant lorsqu'il s'agit de la physiologie d'un organe musculaire dont on ne peut pas interroger directement la résistance comme cela a lieu pour les autres muscles, mais qu'on examine de loin dans un miroir et pendant un temps très court, qui n'est soumis qu'incomplètement à l'influence de la volonté, dont le seul contact déchaîne des réflexes gênants, dont les nerfs ont tellement de fonctions accessoires que leur lésion — expérimentale ou spontanée — entraîne des perturbations profondes de l'organisme.

Il existe cependant un schéma classique de l'innervation motrice du larynx. Le laryngé supérieur, nerf mixte, innerve par sa branche motrice dite nerf laryngé externe, le seul muscle crico-thyroïdien, dont la contraction par un mouvement de bascule du cricoïde sur le thyroïde, tend les cordes vocales. Le crico-thyroïdien est le muscle tenseur ; la section ou la paralysie du laryngé supérieur relâchent donc la corde vocale, mais ses mouvements d'abduction et d'adduction ne sont pas gênés. Le récurrent innerve tous les autres muscles du larynx, les abducteurs (crico-aryténoïdiens postérieurs), les adducteurs (crico-aryténoïdiens latéraux et aryténoïdiens transverses) et les muscles thyro-aryténoïdiens



internes, tenseurs des cordes vocales. Sa section immobilise la corde vocale correspondante en position cadavérique.

Ce schéma ne paraissant pas répondre à toutes les exigences de la clinique a été profondément modifié, au nom de l'anatomie et de la physiologie ; on a émis l'opinion que les muscles innervés par le récurrent recevaient du laryngé supérieur un supplément d'innervation et même que ce nerf émettait des filets destinés aux muscles du côté opposé. Enfin les laryngologistes, beaucoup plus que les expérimentateurs, se sont demandé quelle était la signification de la position médiane de la corde vocale considérée par les uns comme l'expression d'une paralysie, par les autres comme le résultat d'une contracture. Depuis longtemps les physiologistes différaient également sur la part qui revenait au pneumogastrique et au spinal dans l'innervation motrice du larynx, considéré comme organe respiratoire et phonateur. Voyons si les faits exposés longuement ci-dessus peuvent aider à la solution de ces divers problèmes.

1° *Les nerfs moteurs du larynx viennent-ils uniquement du spinal ? ou du spinal et du pneumogastrique à la fois ?* Certains physiologistes placent dans le pneumogastrique l'origine du laryngé supérieur et des filets destinés au crico-aryténoïdien postérieur ; on a vu, en effet, l'excitation intracrânienne du pneumogastrique provoquer des contractions dans ces muscles (Chauveau), et les mouvements respiratoires du larynx continuer après la section du spinal (Volkmann) ; je n'apporte aucun document pouvant aider à la solution de cette question, puisque aucun de mes blessés n'avait de traumatisme intracrânien ou radiculaire. Les laryngologistes paraissent d'ailleurs s'être désintéressés de cette question, considérée comme secondaire, en réservant le nom de spinal au seul spinal externe ou accessoire de Willis.

2° *Certains muscles innervés par le récurrent sont-ils aussi innervés accessoirement par le laryngé supérieur ?* On sait que d'après les expériences d'Exner, presque tous les muscles du larynx recevraient un supplément d'innervation du laryngé du même côté, et souvent même du laryngé supérieur du côté opposé. C'est la théorie dite de la *double innervation*. Si cette théorie était exacte, il devrait y avoir une grande différence entre les cas où la lésion siège au-dessus de l'origine du laryngé supérieur et ceux où elle siège au-dessous ; dans ces derniers la paralysie devrait être peu ou pas appréciable, dans les premiers seuls (obs. de lésions de quatre derniers nerfs crâniens, obs. d'hémiplégies laryngées associées) il devait y avoir hémiplégie laryn-

gée appréciable ; or, il ne semble pas que l'adjonction de la paralysie du laryngé supérieur modifie du tout au tout la symptomatologie motrice de la paralysie du récurrent ou de la paralysie du pneumogastrique au-dessous du laryngé supérieur, si ce n'est en augmentant le défaut de tension, le relâchement de la corde, et la modification de l'image laryngoscopique peut bien s'expliquer par la théorie classique.

3° *Les nerfs moteurs du larynx, comme d'ailleurs ses nerfs sensitifs, subissent-ils dans leur trajet périphérique un entrecroisement partiel ?* J'ai toujours vu, dans les cas d'hémiplégie laryngée, à quelque niveau qu'ait porté le traumatisme causal, un côté rigoureusement immobile, l'autre gardant ses mouvements normaux ou ayant des mouvements de plus grande amplitude. La corde paralysée restant rigoureusement immobile, on peut voir quelquefois des mouvements de son aryténoïde ; mais ce sont des mouvements limités à la pointe de cet aryténoïde et notamment au cartilage de Santorini, et dus à la contraction des faisceaux obliques de l'aryténoïdien transverse, muscle *impair* et à innervation bilatérale, faisceaux présentant de grandes variations individuelles, d'autres fois ce sont des mouvements passifs imprimés à l'aryténoïde procident par l'aryténoïde sain qui passe en avant de lui et le soulève ; plus exceptionnellement il s'agit d'un retour de la motilité de la corde vocale, la lésion traumatique étant en voie d'amélioration par opposition aux lésions spontanées dont l'aggravation est plus habituelle.

4° *La fixation de la corde vocale paralysée en position médiane est-elle le résultat d'un spasme des constricteurs (théorie de Krause) ou d'une paralysie du dilatateur (Semon) ?* — Il me paraît que les faits que j'apporte doivent renforcer l'opinion de ceux qui la considèrent comme un phénomène d'ordre paralytique, car elle coexiste avec d'autres phénomènes de déficit : la tachycardie et la suppression habituelle du réflexe oculo-cardiaque. La coexistence, plusieurs fois notée, de paralysie du tenseur (corde vocale excavée en même temps qu'elle est sur la ligne médiane), la coexistence d'autres phénomènes de déficit, dans la sphère du pneumogastrique (hémiplégie vélopalatine dans trois cas) sont des arguments de même nature, mais déjà connus. Le pneumogastrique cervical n'est pas une unité physiologique, il n'est qu'une unité anatomique ; il contient des filets abducteurs (ou dilatateurs), des filets tenseurs, des filets adducteurs, des filets cardio-modérateurs, qui peuvent être paralysés ensemble ou individuellement, mais qui sont inégalement fragiles ; la suppression

d'action la plus fréquente (avec celle des filets cardio-modérateurs qui ne manque pour ainsi dire jamais) est celle des dilateurs (corde en position médiane); celle des tenseurs s'y ajoute quelquefois (corde en position médiane et excavée); d'autres fois la paralysie se complète par l'adjonction de la paralysie des constricteurs et la corde se place dans une position intermédiaire dite cadavérique, d'où une série d'images laryngoscopiques différentes où l'écartement et le défaut de tension sont diversement combinés.

Les mêmes considérations sont applicables à la paralysie du récurrent, aux troubles cardiaques près. Il est vraisemblable que la paralysie du laryngé supérieur augmente encore le défaut de tension et met réellement la corde dans la position qu'elle occupe sur le cadavre.

A l'appui de l'opinion qui considère la position médiane comme l'expression d'une paralysie incomplète, on peut dire que dans les très rares cas où j'ai observé un léger retour de la motilité de la corde paralysée elle avait occupé précisément cette position et qu'aucun retour de la motilité n'a par contre été observé dans les cas où un examen antérieur la montrait en position cadavérique.

5° *La fixation médiane de la corde vocale est-elle définitive, ou bien position médiane et position cadavérique peuvent-elles être considérées comme deux étapes successives d'un même processus?*

— Les faits que j'apporte, et qui comprennent d'ailleurs une proportion de paralysies en position médiane beaucoup plus considérable que celle observée dans les paralysies par compression, semblent peu favorables à cette dernière manière de voir, puisque j'ai vu après des mois et même après des années la persistance de la corde vocale en position médiane; mais il ne faut pas nécessairement assimiler une lésion traumatique, qui donne d'emblée son maximum, à une compression dont l'action est souvent progressive. Beaucoup plus rarement j'ai vu la corde vocale se rapprocher de la position cadavérique. Enfin dans nombre de cas la corde vocale a été en position cadavérique d'emblée.

### Conclusions.

L'Hémiplégie laryngée par blessure de guerre est due dans la grande majorité des cas à une lésion du pneumogastrique, et beaucoup plus rarement à une lésion du récurrent.

La lésion d'un seul pneumogastrique, — du gauche aussi bien que du droit — suffit à entraîner des troubles cardiaques dont le plus fréquent est une accélération permanente du pouls, pouvant aller jusqu'à 140. Ces troubles cardiaques sont persistants et ont pu être retrouvés, inchangés ou aggravés, après plusieurs années. Outre la tachycardie, il y a l'instabilité du pouls, quelquefois des extrasystoles, et le plus souvent suppression du réflexe oculo-cardiaque.

Il existe une hémiplegie laryngée pure et une hémiplegie laryngée associée: glosso-laryngée, palato-laryngée, pharyngo-laryngée, laryngo-scapulaire, etc.; la présence de ces associations peut servir à préciser le niveau de la lésion du pneumogastrique, à la localiser à la partie supérieure du ganglion plexiforme.

En cas d'hémiplegie laryngée pure, la présence des troubles sensitifs est le meilleur critère de la participation du laryngé supérieur; l'appréciation des troubles moteurs alors surajoutés à ceux qui caractérisent la paralysie récurrentielle est beaucoup plus délicate; il semble dans quelques cas que le défaut de tension soit le fait dominant.

La seule différence d'expression entre une lésion du pneumogastrique au-dessous du laryngé supérieur et une lésion du récurrent réside dans la présence des troubles cardiaques; beaucoup de prétendues paralysies récurrentielles doivent être des paralysies du pneumogastrique au-dessus de l'émergence du récurrent.

L'épiglotte n'a été trouvée déviée que dans l'hémiplegie glosso-pharyngo-laryngée, encore cette déviation est-elle inconstante.

Les troubles vaso-moteurs sont très rares et n'ont été notés que dans les lésions haut situées, pouvant intéresser le laryngé supérieur, avec participation de l'hypoglosse ou du grand sympathique: le nerf récurrent ne paraît pas contenir de filets vaso-moteurs et ces constatations sont d'accord avec les données expérimentales.

La corde vocale paralysée est immobilisée le plus souvent soit dans la position dite cadavérique, soit sur la ligne médiane avec ou sans paralysie du tenseur. La fixation de la corde en position médiane est relativement plus fréquente que dans les paralysies par compression; elle est le plus souvent définitive dans une lésion traumatique, qui ne progresse pas ainsi que le pourrait faire une compression.

Seules les paralysies traumatiques permettent de préciser la date de la compensation par la corde vocale saine; ce phénomène s'ébauche dans les deux premiers mois, quelquefois plus



tôt ; le plus souvent, il est bien établi au bout de quatre ou cinq mois.

La fixation de la corde en position médiane est bien un phénomène paralytique et non un phénomène d'ordre irritatif ainsi qu'on l'a soutenu ; elle coexiste en effet avec des phénomènes de déficit : la tachycardie et la suppression du réflexe oculo-cardiaque.

Les faits d'hémiplégie laryngée traumatique ne sont pas favorables à l'hypothèse d'un entrecroisement partiel des nerfs laryngés soit sensitifs, soit moteurs, exception faite pour les filets se rendant au muscle impair aryénoïdien transverse. Ils ne le sont pas davantage à l'hypothèse d'un supplément d'innervation fourni par le laryngé supérieur aux muscles innervés par le récurrent.

---

TROUBLES DE LA PAROLE DANS  
LE « PARKINSONISME »

Par D. I. VASILIO (de Bucarest).

---

(Mémoire reçu le 2 février 1924.)

---

L'encéphalite épidémique est très souvent suivie de curieuses complications. Parmi celles-ci, il en est une que j'ai observée, pour la première fois, il y a deux ans et qui se caractérise par un fort curieux trouble de la parole :

Un enfant de 8 ans est atteint depuis six mois d'encéphalite épidémique. Au cours de sa convalescence il manifeste un trouble de la parole qui se caractérise par un spasme de la langue durant quelques secondes et parfois quelques minutes.

Au début, le parler est tout à fait normal ; le commencement de la phrase est clairement articulé, mais, tout à coup, la langue se contracte d'une façon spasmodique ; sa pointe se redresse et sa masse subit une incurvation latérale. En même temps, la bouche demeure ouverte et la salive gluante et filante, s'écoule en abondance. Cette position catatonique de la langue dure quelques instants, puis le malade articule de façon normale des mots ou des phrases jusqu'à ce qu'une nouvelle crise survienne.

Au cours de cette crise, les sons sortent, clairement émis, du larynx, mais ils demeurent incompréhensibles à cause des spasmes sans cesse renouvelés, du larynx. Concurrément, avec ces spasmes de la langue, une contracture du masseter se produit qui empêche tout mouvement de la mâchoire.

Chez d'autres malades, pour qui la convalescence fut plus courte et qui se trouvaient ainsi plus près de la phase aiguë de la maladie, j'ai observé que les spasmes de la langue se succédaient de façon presque continue. La langue alors, paraissait

lourde au malade au point qu'il ne pouvait la mobiliser pour articuler les mots.

Ces cas me paraissent intéressants et je pense que, peut-être, le mutisme durant le sommeil léthargique, doit être attribué à des spasmes continuels de la langue, à cette lourdeur de l'organe qui lui interdit toute articulation.

#### OBSERVATIONS

I. — H... A..., 11 ans, élève de la quatrième classe primaire.

Cet enfant, dont l'affection a commencé en janvier 1921, présente de la rigidité de tout le corps, des tremblements dans les lèvres et une salivation abondante.

*Antécédents héréditaires.* — Ses parents vivent et sont en bonne santé.

*Antécédents personnels.* — A 2 ans : rougeole ; à 10 ans ; névralgie dentaire.

*Histoire de la maladie.* — En arrivant à l'école, l'enfant est en proie à une céphalée violente qui ne cède pas pendant trois jours. Le troisième jour la fièvre apparaît, une somnolence profonde s'installe et le délire se manifeste.

Au mois de septembre, le petit malade ne peut plus du tout parler. Sa langue pend en dehors de la bouche et une salive abondante s'écoule par les commissures labiales. La déglutition des aliments solides se fait plus facilement que celle des liquides. Il existe une rigidité prononcée des muscles du cou. Les réflexes pharyngiens sont conservés. L'examen de l'œil, pratiqué par le Dr Razven, montre de l'inégalité pupillaire, la pupille gauche étant plus grande que la droite. Toutes les deux réagissent bien à la distance mais mal à la lumière.

Je constate moi-même en pratiquant l'examen laryngoscopique, les symptômes signalés plus haut : béance de la bouche, extériorisation de la langue, abondance et viscosité de la salive, contracture des muscles du maxillaire.

Le larynx est tout à fait normal pendant l'inspiration. Le jeu des cordes est parfait et l'émission des sons est claire.

Le malade ne peut parler parce qu'à cause de l'hyper tonicité de la langue, il ne peut articuler les mots.

La langue, en effet, est atteinte d'un spasme qui l'élève et l'extériorise ou qui en dévie la pointe latéralement ou qui, encore, l'incurve de telle façon qu'elle constitue une manière de gouttière au milieu de la bouche.

Concurremment, il existe une contracture des masseters.

Ces spasmes durent quelques secondes.

Ils se succèdent très rapidement, mais leur succession est telle, cependant, qu'entre chacun d'eux, l'enfant peut articuler quelques paroles.

II — L... G..., âgé de 10 ans, entre dans le service avec des tremblements et de la somnolence.

Du côté des antécédents héréditaires et personnels il n'y a rien de particulier à noter.

**MALADIE ACTUELLE: Début.** — Celle-ci, débute brusquement au mois de février et se caractérise surtout alors par une température très élevée et de la somnolence.

**Etat actuel.** — Quand nous l'examinons, l'enfant présente du strabisme convergent et un nystagmus spontané composé très irrégulier et qui s'accroît dès que le petit malade commence à parler.

Celui-ci demeure la bouche béante, la langue pendant hors de la bouche, lourde et animée de tremblements.

Le larynx, en phonation, est tout à fait normal. Il en est de même pendant la respiration.

L'enfant essaie-t-il de parler ? sa langue est aussitôt prise par un spasme avec contractures catatoniques qui empêche toute articulation. Ce spasme dure quelques secondes.

En même temps les yeux se figent en position haute et le regard se fixe sur le plafond.

Ces accès spasmodiques se suivent avec une telle fréquence que le petit malade ne peut articuler aucun mot et que sa parole n'est qu'un balbutiement.

---



# FAIT CLINIQUE

---

## VOLUMINEUX ABCÈS FRONTAL MÉDIAN PAR EXTÉRIORISATION D'UNE SINUSITE FRONTALE GAUCHE CHEZ UNE FILLETTE DE 14 ANS<sup>1</sup>

PAR

E. HALPHEN

JOUSSEAUME

WISNER

Oto-laryngologiste des hôpitaux    Interne des hôpitaux    Assistant d'O. R. L.

---

*Mémoire reçu le 2 février 1924.*

---

OBSERVATION. — Il s'agit d'une fillette de 14 ans, venue consulter à l'hôpital Bretonneau le lundi 3 décembre pour une grosse tuméfaction médiofrontale.

De bon aspect général, l'enfant ne se plaignait d'aucune céphalée, mais attirait l'attention uniquement sur le *gonflement* de la région frontale, gros comme un œuf de poule. La peau qui le recouvrait était rouge foncé, violacée, et les limites de la collection atteignaient en bas les arcades orbitaires et la base du nez. Aucun œdème au niveau des paupières supérieures, de l'angle supéro-interne des orbites, des os propres du nez. En haut la tumeur atteignait le milieu du front et latéralement s'étendait sur 4 centimètres vers les bosses frontales.

La *palpation* révélait une fluctuation très nette au niveau de la collection et une sensibilité très vive dans l'angle supéro-interne de l'orbite gauche.

La *rhinoscopie* antérieure nous a montré l'existence d'un peu de pus dans le méat moyen gauche et par rhinoscopie postérieure nous avons retrouvé du pus au niveau de la queue des cornets inférieur et moyen du même côté.

D'ailleurs la *transillumination* des sinus nous a montré un sinus frontal et un sinus maxillaire complètement opaques du côté gauche et la radiographie n'a fait que confirmer notre examen, en nous montrant de plus que le sinus frontal gauche, volumineux, occupait toute la région frontale et ne laissait subsister à droite qu'un tout petit sinus, couché sur l'arcade orbitaire et comme comprimé par le

1. Communication à la Réunion Clinique des oto-laryngologistes des Hôpitaux de Paris, séance du 12 janvier 1924.

grand sinus. Le diagnostic bien étayé par ces différentes épreuves, semblait évident, mais l'*histoire de la maladie* aurait pu égarer le chirurgien auquel la mère avait d'abord confié son enfant.

Un mois auparavant en effet étaient survenus assez brusquement une assez vive céphalée frontale et un œdème de la moitié de la face du côté gauche y compris le front et les paupières.

L'enfant a cependant continué son travail et ce n'est que quinze jours après, vers le 15 novembre, qu'est apparu un rhume à localisation nettement gauche. L'œdème de la figure aurait alors cessé, mais dix jours plus tard, le 24 novembre est apparue la tuméfaction frontale médiane, non spontanément douloureuse, toujours sans réaction générale pour laquelle l'enfant est venue à la consultation de chirurgie de Bretonneau le 3 décembre.

L'*évolution subaiguë*, plutôt torpide du processus aurait pu d'abord faire hésiter notre collègue de chirurgie, mais la suppuration nasale unilatérale, la présence de pus à la ponction exploratrice de la masse frontale l'ont fait immédiatement penser à une sinusite frontale extériorisée malgré le jeune âge du sujet, et notre examen n'a fait que confirmer cette hypothèse.



FIG. 1.

L'*opération* immédiatement décidée, fut pratiquée le 5 décembre.

Sous anesthésie générale, à la pipe de Delbet, on incise les téguments le long de l'arcade sourcilière gauche. Le périoste est ruginé en direction de la ligne médiane et on découvre ainsi à un centimètre de la ligne médiane et de l'arcade orbitaire une petite zone où la table externe du frontal est comme usée et ostéitique, mais non perforée. La poche est alors ouverte et un flot de pus foncé, épais,

bien lié, fait irruption dans la plaie. Un prélèvement pour le laboratoire est immédiatement pratiqué.

Mais comme on ne peut atteindre les limites de la poche, on doit faire une incision sur l'arcade sourcilière opposée qui rejoint la première incision au niveau de la base du nez. La rugination devient alors aisée et on obtient un grand jour sur la région frontale médiane. On constate ainsi une perforation médiane d'où sortent de nombreuses fongosités. Au premier abord, on croirait avoir affaire à un abcès froid, car l'os au voisinage est vermulu et porreux. On agrandit avec prudence, à la pince-gouge de Lombard, cet orifice osseux, mais ce n'est pas la dure-mère qui en fait le fond, on est dans la grande cavité sinusale dont la muqueuse fongueuse est dégénérée et dont la paroi postérieure est intacte. Le sinus se prolonge très loin vers le côté droit du frontal. On en résèque toute la paroi antérieure, on curette minutieusement la cavité, on abrase la cloison incomplète qui semble séparer le sinus en deux.

Avec les curettes de Sébileau, on agrandit l'infundibulum d'où l'on retire encore pus et fongosités. Tout l'ethmoïde antérieur est ainsi détruit. On pratique un dernier écouvillonnage à la mèche et la paroi antérieure est complètement suturée sur un petit faisceau de crins qui assure, en plus de l'infundibulum, un drainage filiforme de la vaste cavité frontale.

Le sinus maxillaire est rapidement ouvert. Il est bourré de fongosités baignant dans du pus fétide. Curettage et tamponnement sans sutures ni contre-ouverture nasale.

*Les suites opératoires* furent simples et normales. Sauf un point de désunion avec suppuration légère par la plaie, qui cessa au bout d'une dizaine de jours. Le 3 janvier la malade sort de l'hôpital complètement cicatrisée, le nez sec.

*L'examen du pus* a montré une culture pure de streptocoques.

Cette intéressante observation à laquelle nous joignons une photographie de la fillette avant l'opération et la radiographie de ses sinus, aurait pu nous faire penser à des diagnostics bien différents. Nous ne sommes pas habitués en effet à voir les sinusites frontales s'extérioriser au niveau de la paroi antérieure, surtout à une distance si lointaine de l'arcade orbitaire. A 14 ans le sinus frontal n'est jamais très développé, à plus forte raison les observations sont rares d'un sinus frontal presque unique, sinus géant qui vient pour ainsi dire dédoubler la presque totalité de l'os frontal. Enfin la sinusite aiguë qui aboutit à la fistulisation du sinus s'accompagne généralement de phénomènes pyrétiques, de fièvre, de malaises, de douleurs, d'insomnies. Notre malade au contraire a vu évoluer son affection sans qu'à aucun moment elle ait dû arrêter son travail.

Au début, il est vrai, des symptômes fluxionnaires sont apparus, la sinusite étant « fermée », puis la sinusite est devenue

« ouverte », la suppuration nasale s'est établie, l'œdème a disparu, mais l'extériorisation frontale s'est alors produite, en quelques jours. Si l'extériorisation s'est faite chez notre malade au niveau de la paroi antérieure, c'est qu'à ce niveau la minceur de la paroi est extrême, étant proportionnelle au développement du sinus.

Pour la question de l'âge, les classiques admettent que le sinus frontal ne se développe qu'à 12 ans et n'atteint son complet développement qu'à 20 ou 25 ans.



FIG. 2.

Sieur et Jacob, Onodi ont repris cette question et montré qu'en réalité, comme chez notre malade, les sinus apparaissent beaucoup plus tôt.

Mais si la perforation antérieure, l'évolution torpide, le jeune âge du sujet ne sont pas souvent signalés dans les sinusites frontales aiguës, par contre on retrouve un tableau clinique semblable au cours de deux affections, fréquentes dans l'enfance, la syphilis et la tuberculose.

Dans l'hérédo-syphilis, l'ostéite se cantonne souvent au niveau



du frontal. La céphalée, à exacerbation nocturne, ne s'accompagne d'aucun phénomène infectieux, la masse fait corps avec l'os, la fluctuation est moins nette, la fistulisation des plans cutanés assez rapide.

On aurait certes pu y penser dans notre cas, surtout après l'interrogatoire de la mère qui avouait deux avortements avec fœtus macérés. Mais les réactions sériques étaient négatives et l'enfant bien constituée a guéri sans traitement spécifique.

La tuberculose peut donner également des collections à point de départ osseux périosté ou même dural qui viennent se faire jour au niveau de la glabelle.

L'aspect poreux, mité de notre frontal, après rugination, nous avait fait hésiter quelques secondes sur ce diagnostic, que l'achèvement de l'opération eût vite fait d'écarter.

Enfin l'ostéomyélite peut occasionner des abcès de la région frontale qui apparaissent brusquement avec le grand tableau d'une infection généralisée.

Si cliniquement on pouvait chercher ainsi différentes hypothèses, pratiquement, avec l'examen diaphanoscopique et radiographique, le seul diagnostic qui s'imposait était celui que l'opération a confirmé, de sinusite aiguë avec grosse destruction osseuse par le fait d'un streptocoque très virulent.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE RHINOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

(XXIX<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL, 14 et 15 JUILLET 1923).

VAN CANEGHEM. — **Les services que les recherches de laboratoire peuvent rendre en oto-rhino-laryngologie.** (*Rapport*).

Le laboratoire, encore qu'assez récemment introduit en oto-rhino-laryngologie, a déjà fourni des résultats du plus haut intérêt. Les méthodes, déjà très nombreuses, peuvent être divisées en deux groupes : a) celles qui amplifient ou renforcent la puissance de nos organes des sens (microscopie, radioscopie, radiographie, méthodes graphiques); b) celles qui nous révèlent des modifications chimiques ou biochimiques ou fonctionnelles, que l'on met en évidence en recourant à des réactions spéciales ou à des épreuves expérimentales.

L'auteur envisage successivement :

- 1<sup>o</sup> Les examens physiques;
- 2<sup>o</sup> Les examens chimiques et biochimiques;
- 3<sup>o</sup> Les examens histologiques : cytologiques, hématologiques, anatomo-pathologiques;
- 4<sup>o</sup> Les examens bactériologiques et parasitologiques;
- 5<sup>o</sup> Les examens fonctionnels et expérimentaux.

1<sup>o</sup> EXAMENS PHYSIQUES. — *Les mesures de longueur ou de profondeur* fixent sur le siège d'une lésion (sténose...), sur la situation d'un corps étranger. On les détermine par l'examen clinique, la mensuration directe, les sondages, les examens endoscopiques avec tube gradué, et, surtout pour l'œsophage et les bronches, par l'examen aux rayons X.

*La translumination* ou diaphanoscopie trouve son indication première dans le diagnostic des sinusites maxillaires et frontales. L'interprétation de ses résultats est parfois délicate en dépit de certains perfectionnements : éclairage rétro-molaire pour les sinusites maxillaires (Escat); lampe en Y de Furet pour les sinusites frontales; celles-ci surtout peuvent être l'occasion d'erreurs par suite de la fréquence des anomalies dans les sinus frontaux. On a également songé à appliquer la translumination au diagnostic des mastoïdites (procédés de Bosio, de Beck).

*La radioscopie et la radiographie* trouvent des indications importantes dans tous les domaines de la spécialité et méritent d'être envisagées tour à tour dans chacun d'eux.

En otologie, l'on recourt en général soit à des positions postéro-antérieures et axiales (incidences verticales de Hirtz), qui permettent la comparaison des deux côtés, soit à la méthode de Stenvers qui

montre la pyramide et la mastoïde, ou à celle de Graupner qui montre celle-ci isolément. La radiographie permet de préciser dans chaque cas le type de mastoïde auquel l'on a affaire, en montrant l'importance, la disposition, l'extension des cellules; elle montre le sinus latéral, les conduits auditifs externe et interne, et même parfois le vestibule; on l'a utilisée au diagnostic de l'otospongiose, des tumeurs du nerf acoustique (élargissement du conduit auditif interne: Henschen, Quix); mais elle se trouve tout particulièrement indiquée dans le diagnostic de certaines formes de mastoïdites à symptomatologie obscure, qui se traduisent sur le cliché par un voile et dans les cas plus sérieux, par l'effacement du contour des cellules.

On a cependant plus souvent recours à la radiographie en *rhinologie*; elle fournit des renseignements de premier ordre pour le diagnostic des affections des sinus de la tête. On la fait suivant les cas en positions sagittales (surtout postéro-antérieures), transversales, et plus rarement obliques ou axiales. Chacune de ces directions considérées isolément possède des avantages et des inconvénients: il est donc préférable de les associer; les vues verticales sont plus spécialement indiquées pour l'examen de l'ethmoïde, du sphénoïde et du sinus maxillaire.

La radiographie est précieuse dans le diagnostic des tumeurs de l'hypophyse, qui amènent des déformations de la selle turcique, visibles sur les clichés; et dans celui des tumeurs des sinus de la face dont la symptomatologie peut assez longtemps se borner à quelques phénomènes subjectifs. Mais c'est le diagnostic des sinusites, surtout des sinusites frontales, qui la requiert le plus souvent: les images révèlent l'absence ou la présence des sinus frontaux, leur extension, leurs dimensions, leur forme...; elles montrent également s'ils sont ou non malades, ce qui d'ailleurs, n'est relativement aisé à interpréter que dans les formes unilatérales. L'utilité des rayons X s'étend encore à l'étude des lésions des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux, que mettent en évidence les clichés pris en position axiale.

Assez souvent indiqué au cours de certaines *affections buccales ou rhino-pharyngées* (tumeurs ou kystes des mâchoires, affections dentaires, calculs salivaires...), beaucoup plus rarement dans les affections laryngées (laryngocèle), le radio-diagnostic retrouve une évidente utilité pour l'exploration de l'*appareil broncho-pulmonaire et médiastinal*: recherche et localisation des corps étrangers de la trachée et des bronches, compression des voies respiratoires par goîtres, anévrysmes, tumeurs malignes, adénopathies médiastinales, hypertrophie du thymus, qui se traduisent par des images radiographiques et radioscopiques différentes, tour à tour étudiées par l'auteur. La plupart des affections de l'*œsophage* constituent elles aussi des indications aux examens radiographiques et surtout scopiques; ils montrent et localisent les corps étrangers, que l'on extraira ensuite sous le contrôle de l'œsophagoscope; ils permettent, notamment avec l'éclairage oblique qui détache des ombres vertébrale et cardio-aortique l'ombre de l'œsophage dessinée par une bouillie opaque, de faire la discrimination entre les sténoses extrinsèques et intrinsèques, d'en préciser le siège, la longueur, le calibre. Il est en général nécessaire de com-

pléter ces renseignements par un examen endoscopique pour préciser la nature néoplasique, cicatricielle ou plus rarement inflammatoire des sténoses intrinsèques. La radioscopie se montre encore utile au cours du traitement radiumthérapique du cancer de l'œsophage en assurant un contrôle facile, à l'écran de la situation du tube de radium. Enfin elle peut mettre en évidence les diverticules et les dilatations de l'œsophage. Quant aux fistules trachéales et bronchiques elles se révèlent sur les clichés radiographiques par une image caractéristique.

*L'étude des pressions des gaz et des liquides* a trouvé des applications pratiques, dans la mesure de la pression de l'air inspiré et expiré, destinée à apprécier la perméabilité des voies respiratoires supérieures et surtout dans la recherche de la pression sanguine et de la pression du liquide encéphalo-rachidien.

La *fonction respiratoire nasale* est en général difficile à mesurer, si l'on fait abstraction de certains cas extrêmes; objectivement on cherche à l'apprécier par l'inspection, la rhinohygmétrie (miroir de Zwardemaker et de Gloetzel; rhinohygmétrie d'Escat) qui se bornent à la comparaison des forces expiratoires des deux fosses nasales; par le procédé de Brunings (mesure à la montre de la durée de l'inspiration et de l'expiration par le nez). La vraie rhinométrie se fait au moyen de manomètres (de Donders, de Courtade, d'Escat), et par la mesure du débit respiratoire maximum au moyen du masque manométrique de Pech, dont l'auteur rappelle les résultats.

*L'étude de la pression sanguine* tire son intérêt du retentissement des troubles circulatoires sur les affections des voies respiratoires supérieures et sur l'organe de l'audition: Delmarcel et Delstanche, Reick, White, Steine, conviennent tous de l'importance des modifications de la pression (diminution ou augmentation) dans l'étiologie des bourdonnements d'oreille. Alexander, Bruhl, Wittmaak, Politzer et Norpurgo ont pu, dans quelques cas, faire la preuve anatomique de cette influence des troubles vasculaires sur l'oreille. On connaît d'autre part le rôle de l'hypertension dans l'étiologie de certaines épistaxis, la fréquence des catarrhes pharyngo-laryngés chez les arthritiques hypertendus, etc...

La mesure de la *pression des liquides endo et périlymphatiques* de l'oreille, dont l'augmentation déclencherait instantanément une élévation de la tension artérielle (Lafite-Dupont) et qui serait à l'origine d'une série de troubles vestibulaires, ne peut être appréciée directement.

La détermination de la *pression du liquide céphalo-rachidien* se fait soit grosso-modo d'après la vitesse d'écoulement du liquide par l'aiguille, soit plus exactement et plus sûrement au moyen de manomètres (de Quincke, de Wilms, de Claude). La pression normale est, selon Claude de 15 à 20 centimètres d'eau; on peut estimer qu'il y a un certain degré d'hypertension quand le manomètre indique 25 centimètres d'eau. On constate en général une certaine hypertension au cours des états méningés (abcès extra-dural; thrombo-phlébite des sinus); elle est la règle au cours des suppurations sous-durales, des leptoméningites, des abcès du cerveau. Son étude est plus importante encore pour le diagnostic des méningites séreuses externes circonscrites, consécutives à des lésions auriculaires, qui peuvent simuler des



tumeurs endocraniennes : l'hypertension y est moins accusée que dans les cas aigus, et par suite plus difficile à mettre en évidence. Ce syndrome d'hypertension n'est pas pathognomonique d'un processus morbide : on le rencontre parfois sans cause appréciable, et inversement, il peut arriver qu'il soit en défaut dans des cas d'altérations avérées des méninges. Il n'en constitue pas moins quand on le constate, un fait important ; il faut alors rechercher sa cause contre laquelle une intervention peut être nécessaire.

La méthode des *enregistrements graphiques* a été utilisée pour l'étude de la déglutition, de la phonation et de la respiration. Au point de vue clinique, elle a été appliquée à l'étude du nystagmus, au moyen du nystagmographe de Buys, qui possède les avantages de la méthode des enregistrements graphiques en général (tracés indéfiniment conservables, mise en évidence de mouvements trop petits pour pouvoir être bien observés cliniquement, etc...)

2° EXAMENS CHIMIQUES ET SÉROLOGIQUES. — *L'examen chimique des sécrétions et écoulements* des oreilles du nez, du rhino et de l'oropharynx, du larynx et de la trachée, n'offre d'intérêt que dans des cas exceptionnels.

Il en est de même de la mesure du *métabolisme basal* : elle ne sert qu'à l'étude des fonctions thyroïdiennes, dont les troubles retentissent très précocement sur elle (abaissement dans le myxœdème ; augmentation dans le basedowisme) ; elle permet de dépister les formes frustes de myxœdème ou de maladie de Basedow, et de surveiller le traitement de ces affections.

L'étude des *propriétés chimiques, sérologiques et biologiques du sang* englobe un certain nombre d'examens de laboratoire d'un intérêt variable pour le spécialiste. Mention particulière doit être faite du dosage de l'*urée* et des *chlorures* du sang, indispensable au cours des néphrites, et surtout de la recherche des modifications biologiques du sang, grâce auxquelles peuvent être décelés un certain nombre d'états pathologiques (typhoïde, sporotrichose, syphilis) dont la connaissance est de la plus haute importance. La *réaction de Wassermann* surtout, dont la valeur est l'objet d'une sévère étude critique de l'auteur, trouve des indications dans toutes les branches de la spécialité ; on l'a en particulier appliquée à la recherche du rôle encore très discuté de la syphilis dans l'étiologie de certaines formes de surdité nerveuse de cause obscure, et de l'otospongiose. Enfin l'étude de la *coagulation sanguine* (épreuves du purpura provoqué, du temps de saignement ; mesure de la vitesse de la coagulation, de la coagulabilité) peut rendre des services pour préciser le diagnostic d'une diathèse hémorragique fruste (hémophilie, hémogénie, états hémophiliques), avec toutes les conséquences qui en découlent au point de vue d'une intervention éventuelle.

*L'analyse chimique, sérologique et biologique du liquide céphalo-rachidien* trouve également de multiples indications ; il faut surtout retenir l'importance de la recherche de la *réaction de Wassermann* plus sensible dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sang, et des *albumines* ; l'hyper-albuminose traduit une inflammation des centres nerveux ou de leurs enveloppes : sa constatation au cours des infections graves de l'oreille ou du nez permet, alors que le liquide

céphalo-rachidien présente encore un aspect macroscopique normal, de déceler précocement la présence de complications endocraniennes : l'hyper-albuminose est habituelle dans abcès du cerveau ; les abcès sous-duraux, les méningites ; elle manque au cours des labyrinthites, des abcès extra-duraux, des thromboses sinusiennes.

Enfin l'analyse des urines est également essentielle dans beaucoup d'affections du domaine de l'oto-rhino-laryngologie à l'origine desquelles se retrouvent le diabète ou le brightisme. En outre P. Meyer a montré l'hyperacidité matinale des urines des malades atteints de rhinite spasmodique, et la possibilité d'en guérir un certain nombre par un régime approprié.

3° EXAMENS CYTOLOGIQUES ET BIOLOGIQUES. — A) *Oreilles* : Après quelques considérations sur l'examen cytologique des sécrétions et exsudats normaux (cérumen) et anormaux (otite externe diphthérique, otites moyennes,...), l'auteur arrive rapidement à la *biopsie* : outre les précisions qu'elle peut fournir sur la nature cytologique ou tissulaire des tumeurs, elle trouve une indication clinique réellement importante dans le diagnostic de la tuberculose de l'oreille, en raison de l'extrême infidélité de la recherche du bacille de Koch dans le pus : l'analyse histologique de fragments du tympan ou des granulations excisées dans la caisse constitue le procédé de choix ; s'il n'est pas utilisable, on peut lui substituer celui de Haug (recherches des lésions tuberculeuses dans un ganglion mastoïdien).

B) *Nez* : Les divers exsudats doivent être examinés microscopiquement en raison des éléments figurés qu'ils peuvent contenir.

L'examen *biopsique* est d'une indiscutable utilité dans le diagnostic des tumeurs ; mais l'interprétation en est parfois délicate, surtout en présence des néoplasies conjonctives, qui comportent de multiples variétés, de pronostics très divers. Le rôle de la clinique ne saurait donc être en rien diminué par la pratique des examens anatomiques, qui en sont seulement le complément.

On a également songé à les utiliser au diagnostic de l'ozène, qui se distingue de la rhinite atrophique simple par sa richesse en îlots d'épithélium métaplasie (transformation pavimenteuse) ; à l'étude des rapports qui unissent les affections nasales et la névrite optique (Herzog).

Enfin la constatation des modifications histologiques caractéristiques de la syphilis ou de la tuberculose pourra permettre dans les cas les plus difficiles de rattacher à l'une ou à l'autre de ces affections certaines lésions du nez ou des voies respiratoires supérieures, pourvu toutefois que ces aspects histologiques ne puissent eux-mêmes prêter à la discussion.

C) *Cavité bucco-pharyngée et larynx* : L'examen histologique joue un rôle primordial dans le diagnostic des ulcérations, des néoplasies, aide à déterminer le pronostic de celles-ci, à en orienter le traitement.

D) *Examen cytologique du sang* : L'étude de la *leucocytose* sanguine, surtout appliquée au diagnostic des complications des otites moyennes, a donné à ceux qui s'y sont attachés des résultats assez discordants : les uns lui attribuent une importance relativement grande ; les autres ne lui reconnaissent qu'un intérêt tout à fait second.

daire. Elle est en général minime au cours de l'otite ou de la mastoïde, élevée au contraire au cours des complications endocraniennes, surtout de la thrombose du sinus latéral et de la méningite ; l'auteur estime cependant que l'absence de leucocytose ne prouve pas l'absence d'une complication mastoïdienne, voire même parfois endocranienne, et que sa présence ne doit être interprétée qu'avec la plus grande circonspection : on peut en effet la rencontrer au cours des otites non compliquées, et d'autre part il peut arriver qu'elle soit le fait de l'affection causale de l'otite (scarlatine) ou même de quelque affection indépendante de celle-ci (pneumonie, péritonite, cholécystite...).

L'importance qu'il faut attribuer à la présence dans le sang des *cel-lules soudanophiles* de *Cesaris-Demel* est également contestée : considérées par certains (Bobbio ; Bruzonne et Quarelli) comme pathognomoniques de l'infection purulente, elles furent rencontrées par d'autres (Romanelli, Jousset et Troisier) en dehors des états suppurés et même dans le sang normal.

Les examens hématologiques, conclut donc l'auteur, fournissent des indications complémentaires qui peuvent être utiles au diagnostic en mettant en évidence l'intensité d'un processus infectieux, mais ne peuvent servir à un diagnostic différentiel des complications possibles.

Enfin la *numération des hématies*, et éventuellement la recherche des modifications de leur aspect cytologique, peuvent également se trouver indiquées en oto-rhino-laryngologie, l'anémie ou la polycytémie pouvant être à l'origine de certains troubles du côté de l'oreille, du nez ou de la gorge.

E) *Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien* : Cet examen se fait le plus souvent au moyen de la cellule de Nageotte. D'une manière générale il y a un rapport entre la leucocytose et les autres symptômes d'altération des méninges (hyperalbuminose, présence de sensibilisatrices, etc...)

De nombreuses recherches ont maintenant établi l'état cytologique du liquide dans les complications endocraniennes des affections du nez et de l'oreille, permettant un véritable cytodagnostic : dans les labyrinthites non compliquées, dans les abcès extra-duraux, dans les thromboses sinusiennes, le liquide est normal. D'autre part, d'après Knick, il y a dans les suppurations subdurales, forte mono et polynucléose (300 à 800 éléments) ; dans les abcès cérébraux l'on peut trouver soit un liquide clair, avec 20 à 300 cellules par millimètre cube, soit un liquide trouble avec plus de 300 éléments par millimètre cube (mono et surtout polynucléaires) ; dans les méningites, on peut trouver soit un liquide clair et stérile avec 20 à 200 éléments par millimètre cube (lymphocytes ou polynucléaires, isolés ou associés), soit un liquide trouble, stérile avec forte mono et polynucléose ; dans le premier cas il s'agit d'une méningite au début ou en voie de régression, dans le deuxième d'une forme encore circonscrite, de pronostic moins défavorable que la méningite diffuse avec liquide fortement trouble dans lequel microbes et leucocytes sont en grande abondance.

4° EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES. — *Oreilles* : La flore microbienne des otites moyennes aiguës, d'une extrême variété est longuement étudiée

par l'auteur. La première place revient de loin au streptocoque ; puis viennent le pneumocoque et le staphylocoque ; les deux premiers se rencontrent le plus souvent en culture pure ; le dernier au contraire est généralement associé à d'autres germes, notamment au streptocoque. Le tableau clinique de l'otite à streptococcus mucosus est l'objet d'une description détaillée.

La même variété se rencontre dans la flore des otites chroniques ; on y trouve presque toujours des associations microbiennes ; parmi ces associations : il faut réserver une place spéciale aux anaérobies. Mention particulière doit être aussi faite de l'otite tuberculeuse : la recherche des bacilles dans le pus ne fournit que des données incertaines ; l'inoculation au cobaye est loin de donner toujours un résultat positif ; et il peut être indiqué de recourir à d'autres méthodes de diagnostic, notamment à l'examen histologique, pour établir sa nature tuberculeuse, si importante à connaître au point de vue du pronostic et du traitement.

*Nez* : Mis à part son vestibule où les microbes se rencontrent toujours en grande quantité, le nez normal est stérile dans la majorité des cas (Thomson et Hewlet, Streit). Les états inflammatoires, les interventions, le tamponnement sont l'occasion du développement ou de l'augmentation de sa flore bactérienne.

La flore microbienne du nez et du naso-pharynx est, au cours des états pathologiques, d'une grande richesse ; il faut retenir la fréquence du pneumocoque et celle des associations microbiennes dans les rhinites chroniques et les sinusites ; des anaérobies peuvent être rencontrés dans ces dernières.

L'auteur insiste sur la rhinite fibrineuse qui doit, au moins dans la grande majorité des cas, être considérée comme une infection diphtérique nasale, purement locale, sans retentissement notable sur le reste de l'organisme ; et sur certaines rhino-pharyngites chroniques diphtériques facilement méconnues qu'il importe de dépister en raison de leur contagiosité.

Considérant enfin l'ozène, il passe rapidement en revue ses diverses conceptions pathogéniques pour s'arrêter à la théorie bactérienne de cette affection, successivement attribuée au bacille diphtérique atténué de Belfanti et Della Vedova, puis au cocco-bacille de Lœwenberg, enfin à celui de Perez qui mérite tout particulièrement de retenir l'attention.

*Bouche et gorge* : Après description détaillée du microbisme normal et pathologique de la bouche et de la gorge, l'auteur envisage la bactériologie des angines, notamment de l'angine diphtérique ; il étudie les procédés de recherche et d'identification du bacille de Klebs-Lœffler et montre l'importance de cette recherche pour le diagnostic des formes frustes ou larvées, surtout en temps d'épidémie, et pour la découverte des porteurs de germes.

La recherche des microbes dans le sang par hémoculture est utilisée surtout pour contrôler un diagnostic de thrombose sinusienne.

Enfin l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien présente une grande importance diagnostique en permettant par la découverte et l'identification de microbes, d'affirmer ou de confirmer l'existence d'une méningite et d'en préciser la nature. Il peut encore



fournir concurremment avec les autres données de l'analyse du liquide céphalo-rachidien et celles de l'examen clinique, des indications du plus haut intérêt au sujet du pronostic de la maladie.

5° EXAMENS FONCTIONNELS ET ÉPREUVES EXPÉRIMENTALES. — Les examens fonctionnels en Oto-Rhino-Laryngologie sont d'une importance si considérable et d'une application si courante qu'on ne peut plus les ranger dans les méthodes de laboratoire.

*Epreuves expérimentales, inoculations aux animaux* : Cette méthode, tout en restant un mode d'exploration exceptionnelle, peut rendre de grands services en Oto-Rhino-Laryngologie spécialement dans le diagnostic de la diphtérie, dans les cas très rares de morve, parfois dans les affections pyogènes et pneumococciques, et quelquefois en vue d'un diagnostic de tuberculose de l'oreille.

*Réactions provoquées chez l'homme : les réactions à la tuberculine* ne conservent, par suite de leur trop grande sensibilité, de valeur diagnostique que chez les jeunes enfants. *La réaction de Schick* constitue un moyen pratique de distinguer les sujets prédisposés à contracter la diphtérie, et permet par suite de les surveiller tout spécialement à ce point de vue et de les prémunir contre une infection possible.

L'auteur termine par quelques mots sur *la recherche de l'anaphylaxie*, indiquée en Oto-Rhino-Laryngologie au cours de certaines manifestations morbides (fièvre des foins, œdème angio-neurotique), et sur les procédés employés à cet effet.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — « Tout en convenant et de ses imperfections et de ses défauts inhérents à tout système d'exploration, on doit reconnaître qu'il (le laboratoire) a rendu des services inappréciables au progrès de la science en général, de la science oto-rhino-laryngologie en particulier, et qu'il est devenu un auxiliaire indispensable de l'examen clinique, qui n'en garde pas moins et d'une façon intégrale toute sa valeur antérieure. »

## DISCUSSION

TRÉTROP (*Anvers*). Le diagnostic histologique des tumeurs de l'oreille peut être d'une grande difficulté, certains polypes, par exemple, affectant des aspects rappelant ceux du cancer ; cette remarque s'applique également aux tumeurs du nez ; d'où la nécessité pour obtenir un diagnostic exact, d'une étroite collaboration entre la clinique et l'anatomie pathologique.

Trétrôp a reproduit expérimentalement la diphtérie par l'inoculation au lapin et au cobaye de bacilles de Lœffler. Il rapporte un cas de tuberculose primitive de l'amygdale, avec adénite secondaire du cou, guérie par l'intervention chirurgicale, et un cas de chancre syphilitique de l'amygdale, résultant d'une contagion indirecte, suivi d'accidents graves rebelles au traitement spécifique. Il rappelle enfin le rôle, au cours des otites, du bacille pyocyanique, facteur fréquent de nécrose cartilagineuse.

L. VAN DEN WILDENBERG. — Le traitement chirurgical de l'ozène. (*Rapport*).

La rhinite atrophique fétide a vu ses tentatives de traitements curatifs se multiplier comme ses conceptions pathogéniques.

Le traitement médicamenteux, insuffisant, est de plus en plus délaissé au profit des méthodes chirurgicales sans cesse plus nombreuses. Il faut cependant faire une exception pour la vaccinothérapie. Signalons à ce propos les travaux fondamentaux et récents de Baldenweck, Jaccod et Moulonguet. D'après ces auteurs on ne peut obtenir un vaccin monomicrobien électif, parce que l'on ne peut isoler par passage aux animaux, un microbe des sécrétions ozéneuses. Ils préfèrent aux stock-vaccins mono ou polymicrobiens les autovaccins : et s'appuyant sur des résultats datant de huit à dix-huit mois ils concluent que nous avons dans les autovaccins une thérapeutique très active et qui surtout peut agir là où toute autre médication a échoué.

Le sang des ozéneux renfermant presque toujours des bacilles de Loeffler et une plus grande quantité d'antitoxine diphtérique, quelques auteurs ont recouru à l'immunisation active avec un mélange de toxine, antitoxine diphtérique. Les succès enregistrés sont trop récents pour être publiés.

Il est d'observation que tout genre de traitement est suivi d'une certaine amélioration, le plus souvent transitoire, due à une excitation de la muqueuse.

La théorie de Brockaërt, Delsaux, Grunwald possède encore des partisans. Pour eux les sinus doivent être le point d'attaque dans la lutte contre l'ozène.

Richter ouvrait dans chaque cas d'ozène, l'ethmoïde le sphénoïde et tamponnait ensuite pendant quelques semaines.

De la thérapeutique contre l'ozène se dégage une tendance fondamentale : le rétrécissement des cavités nasales. Il est établi que toutes les tentatives de rétrécissements sont justifiées et fondées.

Sanger signale une amélioration de l'ozène par la simple fermeture d'une narine au moyen d'un morceau d'ouate.

Cholewa et Cordes remarquent une amélioration après luxation du cornet moyen et du cornet inférieur.

En 1902, Brockaërt, Moure, Brindel ont émis l'idée que la largeur anormale du nez était à la base du processus ozéneux et ces auteurs tentèrent la reconstruction de l'architecture nasale par des injections de paraffine.

Beaucoup d'auteurs ont annoncé de beaux succès. Cependant la paraffine molle, dangereuse, a été délaissée, et la paraffine solide n'est pas sans inconvénients. Eckstein a rassemblé plus de 17 cas de cécité, de troubles oculaires, après des injections de paraffine dans différentes parties du corps. Si bien que la méthode des injections sous-muqueuses est de plus en plus abandonnée. Marbaix espère de meilleurs résultats avec la vaseline barytée proposée par Botey.

Pour ce dernier, un peu meilleurs sont les résultats de la simple implantation de paraffine solide sous la muqueuse de la cloison et du plancher nasal.

Le soulèvement de la muqueuse atrophiée est souvent impossible sans déchirures ; de plus la paraffine émigre parfois rapidement.

On a encore introduit un fragment de tibia recouvert de son périoste entre le plancher nasal et sa muqueuse refoulée vers la cloison.

Des tiges d'ivoire, de l'os de bœuf macéré ont été aussi implantés.

Ramadier, Halle ont récemment implanté des parties de cornets obtenus occasionnellement par opération.

Brunnings a remplacé la cloison par des lambeaux graisseux.

Vidal isole la muqueuse de l'os ou du cartilage sous-jacent, produisant ainsi un épaissement de la muqueuse et améliore ses maladies. Mais le résultat doit être de courte durée.

Spiess produit des hématomes par des injections répétées de sang pris au sujet même et injecté sous la muqueuse du nez.

Plus importantes sont les opérations que nous allons maintenant décrire et qui ont aussi pour but de rétrécir le nez ; en rapprochant ses parois latérales vers le septum.

Hinsberg ouvre les 2 sinus maxillaires, mobilise les deux parois médianes par des coups de maillet en ménageant la muqueuse puis par un coup de gouge sur les lambeaux ostéo-muqueux de la partie latérale de l'orifice pyramiforme et sur l'apophyse frontale du maxillaire. Deux plaques métalliques unies par un fil de bronze maintiennent ces parois latérales contre le septum.

Ramadier mobilise de même les parois mais sans toucher à la crête pyramiforme et les suture par un gros fil de soie.

Les soins consécutifs se réduisent à des lavages du nez.

Depuis quelque temps Hinsberg recourt à des substances résorbables au bout de six semaines. Jusque en 1922 sur 54 opérés, 40 sont guéris, 4 ne le sont pas et 5 conservent des croûtes et de la fétidité.

Halle visant à obtenir des synechies entre la cloison et le cornet opère comme suit :

Incision réunissant l'extrémité antérieure des deux cornets puis cheminant transversalement sur le plancher nasal jusqu'au septum. Soulèvement du périoste atteignant latéralement un peu au-dessus de la limite du plancher nasal et de la paroi latérale. Section de la paroi osseuse latérale au niveau de l'incision muco-périostée puis en bas au ras du plancher nasal. Suit le refoulement du plancher nasal vers le septum et le tamponnement de la cavité nasale qui est changé tous les cinq jours. L'auteur signale des succès nombreux datant de plus d'un an avec des retours de l'odorat.

Helner sur 6 cas ainsi opérés n'a vu aucun succès ; mais le nombre de ses cas est trop petit pour justifier un avis sur une intervention si souvent pratiquée avec bons résultats. D'ailleurs quelques fautes opératoires ou au cours du traitement post-opératoire peuvent avoir entraîné les insuccès de cet auteur.

Après ouverture du sinus maxillaire par la fosse canine, Kalher incise verticalement la muqueuse nasale au-devant du cornet inférieur. Il sectionne de la paroi latérale osseuse près du plancher et au-dessus du cornet inférieur après résection de l'os de l'orifice pyramiforme et de la partie la plus inférieure de l'apophyse naso-frontale.

Un gros catgut traversant le septum et les 2 parois latérales est noué dans une fosse nasale (si l'on n'opère que d'un côté on suture le

cornet à la cloison après avivement de ces 2 parties). On termine par le tamponnement des 2 sinus.

Witmaack pratique la cure radicale du sinus maxillaire selon Cadwell-Luc. Il prolonge l'incision muqueuse en dehors, dissèque le canal de Sténon qu'il renverse dans l'ouverture faciale du sinus maxillaire; suture exacte. Deux semaines après l'opération, lavage du sinus pour enlever les sécrétions desséchées. Mais les désavantages dus à l'écoulement de salive par le nez l'emportent sur les heureuses modifications du processus ozéneux. L'auteur réserve sa méthode pour les cas les plus graves.

Lautenschläger soulève le plancher nasal par un morceau d'os taillé dans la partie médiane du plancher du sinus maxillaire. Il amincit la paroi latérale nasale sclérosée et applique sur elle pour la nourrir, un lambeau de muqueuse jugale. Il irrigue enfin le sinus par le canal de Sténon. Les résultats sont bons.

On peut encore combiner la mobilisation de la paroi nasale externe et l'implantation de morceaux d'os.

Selon le rapporteur dans les cas d'ozène légers et moyens, la vaccination peut être tentée; si l'on échoue, et dans les cas graves, recaler les fosses nasales par un traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical fut proposé en Belgique par Higuet et le rapporteur lui-même, en juillet 1922. Quelques semaines plus tard au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie ce dernier apportait des résultats encourageants basés sur 25 opérations par voie endonasale. Ramadier, le premier en France, parla de ce traitement en termes peu engageants. Il est partisan de la voie transmaxillaire proposée par Higuet. Un an plus tard Ramadier et Higuet sont plus favorables aux méthodes chirurgicales.

La statistique du rapporteur est de 38 cas, dont 2 furent opérés par voie transmaxillaire, les autres par voie endonasale. Le grattage du sinus n'est presque jamais nécessaire et l'irrigation par le canal de Sténon est superflue. La fétidité et les croûtes disparaissent en même temps que la béance des fosses nasales. Il préconise le déplacement de la paroi latérale du nez par voie endonasale. Cette voie a l'avantage sur la voie transmaxillaire de respecter la paroi canine et les processus évolutifs dentaires lorsqu'on opère des enfants. Des guérisons complètes ont été ainsi obtenues et se maintiennent depuis cinq ans. Higuet préfère la voie transmaxillaire qui n'est pas difficile même lorsque la paroi nasale est épaisse et qui permet la cure des sinusites. Cependant l'autre voie réalise ces *desiderata*.

Ramadier, Hinsberg, Seiffert reprochent à la voie endonasale, un traitement post-opératoire très douloureux. Or le premier tamponnement très serré est fait pendant l'anesthésie. Son enlèvement au huitième jour est indolore. Le 2<sup>e</sup> tamponnement, serré, est le seul douloureux; quelques bouffées de chlorure d'éthyle peuvent être administrées. Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> tamponnements sont indolores. Le tamponnement unilatéral dans le sinus n'a rien de pénible. Il ne saurait être comparé à un tamponnement nasal habituel. Il ne fait de plus courir aucun risque d'infection otitique et il excite favorablement l'os et la muqueuse du sinus.

Il faut remarquer d'ailleurs que la suture transseptale de Ramadier



est suivie d'un tamponnement serré par la bouche de six à huit jours, qui est beaucoup plus désagréable que le tamponnement nasal. De plus il doit être renouvelé pendant trois à quatre semaines tous les deux jours, nécessitant une surveillance médicale constante.

Enfin le procédé endonasal est mieux accepté par les malades, sa technique est très simple, il est moins mutilant, rend superflus les greffes osseuses, et améliore l'état de la muqueuse.

INDICATIONS ET RÉSULTATS. — Les 33 malades opérés entraînent la conviction de la bénignité de l'intervention; si le tamponnement est long jusqu'à consolidation osseuse de la paroi mobilisée, il reste indolore.

Dans les cas légers on peut essayer la vaccinothérapie. Dans les cas moyens et graves il faut recourir d'emblée au traitement chirurgical.

Dans l'ozène unilatéral avec cloison déviée du côté sain se garder de repousser la cloison vers le côté malade : on risquerait un ozène bilatéral.

Les malades guéris par les vaccins conservent une muqueuse du nasopharynx mince et vernissée entraînant une sécheresse pharyngée plus accentuée. Au contraire à la suite de cure chirurgicale la muqueuse devient épaisse, succulente voire hypertrophiée.

A l'heure actuelle on peut dire avec Kalher, que le traitement chirurgical, sans en préciser une méthode, est la meilleure arme pour guérir ou améliorer l'ozène. Les échecs complets sont rares.

Chez les enfants les difficultés opératoires sont compensées par des guérisons plus rapides et durables.

Sur 16 opérés depuis un an, au moins 9 ont vu disparaître tout symptôme d'ozène.

Trois ont été améliorés.

Quatre sont des échecs complets.

Dans ces groupes, 5 opérations furent mal réussies par mobilisation ou contention insuffisante. Le plus grand nombre de ces malades avaient essayé un traitement médical.

Les opérés améliorés pratiquent des lavages mais beaucoup moins fréquents qu'avant l'intervention.

Certains malades ont été réopérés après un an, d'autres doivent attendre plus longtemps.

Parmi les 38 opérés, un malade de 16 ans a vu renaître l'odorat et le goût, un autre de 19 ans a vu naître ces sens, n'ayant jamais éprouvé au cours de son existence la moindre impression olfactive ni gustative. Le courant d'air passant plus difficilement impressionne mieux les cellules olfactives.

TECHNIQUE. — Anesthésie locale (sauf pour un enfant indocile) précédée d'une injection de morphine.

Infiltration de la muqueuse de la paroi sinuso-faciale avec une solution de novocaïne à 1 %, adrénaline : puis de la fosse canine, de l'échancrure pyriforme du côté correspondant, du plancher nasal et de la partie inférieure de la cloison.

Injection transméatique de trois centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 10 % dans le sinus maxillaire. Application de tampons à la cocaïne-adrénaline dans la fosse nasale.

Injection du nerf maxillaire supérieur.

L'incision de la muqueuse nasale jusqu'à l'os part en avant de la tête du cornet moyen, descend sur la crête pyriforme, traverse le plancher nasal, remonte d'un centimètre sur la cloison.

Décollement du muco-périoste au niveau de la paroi faciale pour mettre à nu la crête pyriforme dont le bord saillant est un excellent guide. Il permet d'attaquer la section verticale, ni trop en avant pour tomber dans la fosse canine, ni trop en arrière ce qui ne mobiliserait que la partie postérieure de la cloison intersinus nasale.

Ensuite on pratique le décollement muco-périosté au niveau de la partie inférieure de la cloison, du plancher nasal, et de la partie inférieure du méat inférieur.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Avivement du cornet et de la cloison en vue d'obtenir des synéchies.

3<sup>e</sup> TEMPS. — Section osseuse antérieure au niveau de l'incision muco-périostée antérieure. Éviter les éclatements en procédant par petits coups. A partir de l'adolescence si l'os est éburné, on amorce la section par trois perforations avec une mince tréphine avant d'utiliser la gouge.

Puis section antéro-postérieure au ras du plancher de la fosse nasale, jusqu'à la paroi sinusale postérieure. Dans les cas difficiles l'auteur utilise son spéculum rugine.

A ce moment on introduit deux rugines mousses dans la section osseuse verticale et par un mouvement de levier on fait basculer la paroi antrale jusque contre la cloison.

Le sinus maxillaire largement ouvert est curetté s'il est malade (1 cas sur 8).

On pratique un tamponnement serré à travers la large fente pour maintenir le déplacement obtenu avec difficulté chez les ozéneux à cause de la sclérose.

Dans les cas d'élargissement externe des fosses nasales le cornet moyen est luxé après avivement de sa paroi et de la cloison.

Si les synéchies turbino-septales gênent notablement la respiration du côté opéré il faut reculer de quelques mois l'intervention sur l'autre côté. Cette gêne respiratoire due aux synéchies est souvent temporaire, conséquence du gonflement de la muqueuse mieux irriguée. Ce n'est que lorsque la rétraction cicatricielle s'est produite qu'il faut détacher les synéchies qui gêneraient encore sérieusement la respiration. Ces adhérences sont en effet précieuses pour maintenir le déplacement de la paroi externe.

Les sinusites traumatiques ne sont pas à redouter, car les muqueuses nasales et sinusiennes résistent mieux à l'infection chez les ozéneux.

Ces interventions ont causé à l'auteur deux déboires ; un phlegmon de la paupière inférieure rapidement guéri et un léger épiphora.

## DISCUSSION

M. TRÉTROP (*Anvers*) défend le traitement médical, méthode la plus généralisée, la plus simple, la plus anodine et la plus efficace opposée à l'ozène. Presque tous les inconvénients de cette affection disparaissent rapidement par des soins judicieusement choisis.

La culture *in vitro* par passages successifs permet d'isoler tel ou tel microbe de l'ozène.

La théorie de Brockaert n'a jamais été celle exposée par le rapporteur. Pour Brockaert l'ozène était une affection généralisée de la muqueuse nasale et sinusienne, aussi curettait-il tout le sinus.

C'est encore à Brockaert et non à Higuet qu'il convient d'attribuer l'initiative du traitement chirurgical de l'ozène dès 1906.

Il demande quel est l'antiseptique employé pour le tamponnement laissé huit jours sans infection consécutive.

En conclusion il trouve que prôner le traitement chirurgical, c'est substituer à la méthode médicale, efficace et sans dangers, des interventions sérieuses, exposant à des mécomptes et dont le succès est loin d'être établi.

M. LIEBAULT croit que le traitement médical agit mieux sur le trouble trophique de la muqueuse.

Pour lui les sinusites sont plus fréquentes que ne le dit le rapporteur et la principale objection au traitement chirurgical est que cette méthode crée un rétrécissement derrière lequel l'atrophie persiste cachée et non guérie.

M. GORIS (père). Lautenschlœger dit que ceux qui espèrent guérir l'ozène par simple rétrécissement des fosses nasales se bercent de fortes illusions. Lui remplace la muqueuse sinusale sclérosée par de la muqueuse buccale, glisse les fragments osseux de la paroi du sinus sous la muqueuse nasale pour en modifier la vitalité, et irrigue le nez par le canal de Sténon.

Il serait intéressant que l'on pût montrer quelques cas guéris par cette opération.

M. MARBAIX a été frappé par deux faits.

1<sup>o</sup> Un ozène chez un sujet de 19 ans dont le père et la sœur sont ozéneux et qui ne présentait pas de dilatation des fosses nasales. Les injections de Boley ont donné d'excellents résultats.

2<sup>o</sup> Des cas d'ozène guéris par Brockaert bien que les fosses nasales aient conservé une largeur notable.

Dans ces conditions il pense qu'il est plus important de choisir une méthode qui modifie la nutrition de la muqueuse avec le minimum d'opération en dehors des sinusites possibles qui doivent être traitées.

VAN DEN WILDENBERG. — Il fait observer que ses plus beaux succès ont été obtenus chez des malades qui ont subi de larges et minutieux traitements médicaux.

Neuf de ses opérés sont guéris depuis plus d'un an au point que débarrassés de tout soin ils ne présentent aucune fétidité à l'expiration nasale forcée et prolongée.

Il est curieux en effet que le tamponnement à la gaze iodoformée, laissé huit jours, n'ait pas plus d'inconvénients. Il est vrai que dans la cure de l'ozène la cavité tamponnée est comme extériorisée.

Le rideau en avant créé par les synéchies, trop souvent incomplet, n'a guère nui à la région sphénoethmoïdale. On peut d'ailleurs facilement détacher ces synéchies en cas de nécessité.

Il fait observer à M. Marbaix, un des rares partisans des injections

de Botey que ce dernier avoue que sa nouvelle formule n'a pas fait l'épreuve du temps.

Dans son opération il n'y a pas à craindre de fracture de la base du crâne puisque l'effort porte au-dessous du cornet moyen.

En terminant il se garde d'enthousiasme pour sa nouvelle méthode : il y a des ozènes qui résisteront à tous les traitements connus actuellement.

**A. TORRÈS. — Fraise et spéculum modifié pour opérer la sinusite maxillaire par le méat inférieur.**

La fraise est fixée obliquement sur la tige permettant d'attaquer perpendiculairement la paroi osseuse et d'avoir un orifice à bords nets.

Le spéculum présente une ouverture à la valve opposée à celle qui porte la vis de dilatation. Cette ouverture permet une plus grande inclinaison de la tige de la fraise.

**MEYER (Paris). — Avantages et technique des auto-injections intratrachéales.**

Présentation d'un appareil.

**VAN SWIETEN (Bruxelles). — Thrombophlébite du sinus latéral avec arthrite coxofemorale.**

Otite moyenne aiguë compliquée de mastoïdite. A l'intervention le tissu osseux périsinusien est intact. Deux jours après température en aiguilles. Réintervention : le sinus latéral gris jaunâtre incisé donne une hémorragie. Aucun symptôme du côté de la jugulaire. Pas de ligature. A ce moment se développe une coxalgie confirmée par la radiographie.

Six semaines plus tard tuméfaction considérable non douloureuse, non fébrile, de la région carotidienne : Excision d'un vaste thrombosphacélé de la jugulaire et du tronc thyro-linguo facial. Guérison en deux mois, la coxalgie évolue favorablement.

VAN DEN WILDENBERG est frappé de la fréquence des thrombophlébites du sinus latéral au moment où l'otite moyenne causale ne présente plus aucun signe.

**GORIS (père) (Bruxelles). — Un troisième cas de prosopodyaschise pour séquestres de la base du crâne et sinusites.**

Présentation de l'opéré. L'auteur rappelle sa technique opératoire publiée en 1909. Le 19 décembre 1922 il pratiqua cette opération qui révéla, à gauche sinusite maxillaire, ethmoïdite, sinusite sphénoïdale avec nombreux séquestres de l'apophyse basilaire. (Ce malade présentait une ophtalmoplégie du droit externe gauche et une hémiatrophie de la langue) et du plancher des fosses nasales.

A droite sinusite maxillaire et ethmoïdite.

Le malade ne quitta la clinique que deux mois après ayant présenté



un abcès péritrachéal, un érysipèle, et une endocardite infectieuse avec plusieurs abcès pulmonaires.

**LUST (Bruxelles). — Kyste dentifère double aux maxillaires supérieurs. Radiographie.**

Les kystes suppurés renferment chacun une canine et communiquent par l'épaisseur du palais osseux. Trépanation des deux fosses canines, curettage des cavités. Un côté est fermé. Les cavités se sont comblées en six mois.

**VANDERVEKEN (Bruxelles). — Corps étranger (tube de verre brisé) dans la bronche droite d'un enfant.**

Enfant de 7 ans ayant aspiré un tube de verre mince à fond plat, à bord supérieur brisé, d'un diamètre de 9 mm.5, long de 14 millimètres.

Ce n'est que six jours après l'accident qu'une radiographie montre que le tube a été aspiré et non dégluti comme on le croyait.

Le 8<sup>e</sup> jour, l'enfant bien portant jusqu'à la veille, présente des quintes de toux réveillant des points douloureux thoraciques à droite, une légère cyanose. Le murmure respiratoire est affaibli à droite. Température 40°. C'est à ce moment que le rapporteur voit le malade et décide d'intervenir d'urgence.

*Opération* : Anesthésie générale. Bronchoscopie inférieure. au bronchoscope de Brunings de 8 millimètres. Au moment où l'on pénètre dans la bronche droite expulsion de trois cuillerées à café de pus. Le tube de verre est enfoui dans un bourrelet d'œdème. Plusieurs essais de désenclavement restent infructueux. Du muco-pus envahissant la bronche gauche, l'enfant asphyxie, l'intervention est arrêtée. Le soir même la fièvre tombe.

Trois jours après nouvelle bronchoscopie à l'anesthésie locale. L'œdème a diminué, après plusieurs prises le corps étranger est retiré à la suite de l'œsophagoscope.

L'enfant décanulé le lendemain quitte la clinique dix jours après.

*Réflexions.* — L'intervention tardive est plus difficile. Nécessité de pratiquer aussitôt une radiographie pour fixer un diagnostic hésitant.

Extrême fragilité de la pince à action divergente de Brunings, brisée à deux reprises, et si le fond du tube de verre n'avait arrêté le fragment de pince, celui-ci aurait pu filer dans une branche de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ordre.

L'auteur a préféré la bronchoscopie inférieure à cause de la dyspnée de la malade, du fort diamètre du corps étranger par rapport à la glotte qui pouvait être blessée. Rareté des cas de ce genre.

**VAN SWIETEN (Bruxelles). — Pseudo-symptômes cérébraux d'origine gastrique, au cours d'une mastoidite.**

Chez une femme ayant des antécédents tuberculeux apparaît une otite moyenne aiguë à allures bacillaires. Au 15<sup>e</sup> jour la malade

accuse : des douleurs dans la région sous-occipitale gauchée, des nausées, des vomissements, des vertiges. Ni fièvre ni accélération du pouls. Réactions vestibulaires normales. Fond d'œil normal. Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann négatif. Pas d'adiadococinésie, de dysmétrie.

A la 4<sup>e</sup> semaine évidemment. Du côté du sinus du cervelet et du toit de l'antre mis à découvert, rien à signaler. Pendant quinze jours l'état s'améliore, puis les nausées et les douleurs reparaissent sans raison apparente.

C'est alors qu'un examen du tube digestif est pratiqué. Du régime, un peu de belladone et de suggestion eurent raison de ces nausées.

Guérison complète depuis sept mois.

### **HENNEBERT (Bruxelles). — Un cas d'imperforation choanale congénitale.**

La jeune fille de 15 ans et demi, opérée à deux reprises de végétations adénoïdes, a toujours mouché du mucus abondant. Elle accuse de fréquentes céphalées et une obstruction nasale gauche absolue et permanente.

La rhinoscopie antérieure montre une fosse nasale gauche rétrécie par une déviation de la cloison. Un stylet introduit le long du plancher bute 3 centimètres plus tôt que du côté opposé.

A la rhinoscopie postérieure le vomer dévié à gauche s'accôle au bord externe de la choane.

Sur le miroir de Glatzell la buée ne se dessine que du côté droit.

Il ne s'agit pas ici d'obstruction choanale par une cloison osseuse imperforée, mais d'un accolement des deux bords de la choane avec arrêt probable du développement du cadre osseux de la choane.

La seule thérapeutique paraît être une résection de la partie postérieure de la cloison.

### **I.-M. DE STELLA (Gand). — Cylindromes en oto-rhyno-laryngologie.**

Le cylindrome, infiniment plus rare que le sarcome ou le carcinome, présente son maximum de fréquence au niveau des voies respiratoires supérieures.

L'existence de cylindromes atypiques explique la variabilité du pronostic de ces néoformations mais en général on peut leur attribuer une malignité moyenne. Le plus grand nombre bien enlevé ne récidive pas.

Le professeur Sébilleau ajoute qu'en règle il serait imprudent sur un diagnostic histologique de si nombreuses variétés d'épithélium, de porter un pronostic clinique et opératoire de quelque certitude.

### **VERNIEUWE (Gand). — Le signe de l'inégalité papillaire ou signe de Roque en oto-rhino-laryngologie.**

En 1904 H. Vincent avait noté du myosis du côté atteint dans les amygdalites phlegmoneuses. Le rapporteur ajoute que ce signe apparaît lorsque le phlegmon retentit sérieusement sur le voile du palais.

L'excitation transmise au ganglion de Meckel (V<sup>e</sup> paire) par les nerfs palatins arrive à la III<sup>e</sup> paire crânienne par une anastomose unissant parfois le ganglion de Meckel au moteur oculaire commun ou au ganglion ophtalmique. Tel serait l'arc réflexe.

Le myosis peut encore être dû à une paralysie du sympathique.

En somme, importance du signe de Roques en oto-rhino-laryngologie, en dehors des complications encéphaliques des otites. Ce signe, spontané ou mis en évidence par l'épreuve des collyres doit être correctement recherché, et l'on doit s'assurer qu'il n'est pas dû à une autre cause que l'affection qui amène le malade chez le spécialiste.

**MARBAIX (Tournai).** — A propos de la dacryocystomie de Dupuy-Dutemps et Bourguet.

L'auteur rappelle les divers procédés de drainage artificiel des larmes par le nez. Il constate la supériorité des méthodes qui mettent délibérément en continuité les muqueuses nasale et lacrymale et les avantages de la voie externe sur la voie endo-nasale, la première restant néanmoins une opération délicate qui exige un champ opératoire exsangué. Il apporte des cas de guérison complète de dacryocystite dépassant tous huit mois.

M. KOENIG (*Paris*) conseille des cautérisations très superficielles de la muqueuse pituitaire, sans cocainisation préalable avant l'opération de Dupuy-Dutemps, qu'il pratique d'ailleurs en cas d'échec.

**CHAVANNE (Lyon).** — Constatation de la dualité clinique de la rhinite atrophique à l'occasion de 372 cas.

Ces cas ont été relevés sur un ensemble de 10.000 malades d'oto-rhino-laryngologie. L'auteur rapporte les constatations suivantes :

- 1<sup>o</sup> Aucune variation de fréquence des cas d'ozène.
- 2<sup>o</sup> Fréquence plus grande de cette maladie dans la classe ouvrière que dans la classe dite bourgeoise.
- 3<sup>o</sup> Aucun cas de contagion ;
- 4<sup>o</sup> Assez nombreux cas familiaux ;
- 5<sup>o</sup> Les sinusites paraissent une complication non une cause ;
- 6<sup>o</sup> Prédominance pour le sexe féminin 75 % ;
- 7<sup>o</sup> Le début le plus précoce observé est quatre ans.

Mais l'auteur veut surtout insister sur la dualité de cette rhinite. Il y a une rhinite chronique simple (70 %) et l'ozène pur (30 %). Ces deux affections sont aussi différentes par leurs symptômes que par les résultats thérapeutiques obtenus, la rhinite simple pouvant être très améliorée par le traitement, en particulier par la méthode de Van den Wildenberg.

**BUYS (Bruxelles).** — Un cas de sinusite frontale chronique à destruction osseuse étendue.

A l'opération par voie externe d'une sinusite frontale unilatérale présentant des poussés depuis six ans l'auteur a constaté la disparition de toute la partie postérieure du plancher du sinus et de toute la partie de l'os frontal qui sépare le sinus de la dure-mère.

M. Van den Wildenberg rappelle les dangers du procédé endonasal dans les cas où existent anormalement de telles débiscences.

Le professeur Sébilleau a observé de pareilles destructions osseuses soit avec, soit sans séquestres comme dans l'observation du rapporteur. Il a même trouvé au fond d'un sinus non plus la dure-mère mais une portion du manteau cérébral.

LIÉBAULT (*Paris*). — **Coryza atrophique et sinusite sphénoïdale.**

Au cours du traitement de l'ozène par des lavages du nez, des massages électriques et des pulvérisations au nitrate d'argent sur la muqueuse pituitaire, après cure des sinusites maxillaires lorsqu'elles existent, l'auteur observe le plus souvent des guérisons incomplètes.

Il reste des sécrétions dans la partie postéro-supérieure des fosses nasales. C'est qu'il persiste des lésions atrophiques du sinus sphénoïdal alors que le traitement a déjà amené la guérison à peu près complète des fosses nasales.

Contre ces sinusites on peut agir par trois moyens :

1° Le nettoyage local (écouvillonnage au chlorure de zinc ou au nitrate d'argent de la rainure olfactive jusque dans le sinus sphénoïdal, et autour du cornet moyen) ;

2° En cas d'échec, curettage du sinus sphénoïdal et ethmoïdal après ablation du cornet moyen ;

3° Les eaux sulfureuses et Luchon en particulier.

Les faits rapportés sont une objection au traitement chirurgical de l'ozène qui attribue un rôle trop important à l'élargissement des fosses nasales par rapport aux troubles trophiques.

Il faut traiter l'ozène au niveau des fosses nasales et de tous les sinus qui peuvent être atteints.

M. SARGNON cite une guérison après opération sur les sinus sphénoïdaux.

VAN DEN WILDENBERG fait ses réserves sur la résection préalable des cornets moyens dans ces cas d'ozène.

M. CANUYT et TERRACOL (*Strasbourg*). — **Les céphalées sphénoïdales.**

A côté des céphalées d'origine nasale, on connaît maintenant des guérisons de céphalées par des interventions sur le sphénoïde chez des sujets ne présentant pas de lésions nasales ou sinusiennes nettes, mais une sinusite latente.

Comment reconnaître ces céphalées sphénoïdales ? L'interrogatoire révélera la ténacité des douleurs au point que ces malades sont abandonnés. Ils ont un passé nasal chargé, au cours de l'examen minutieux des fosses nasales, le contact du stylet avec le sphénoïde réveille parfois nettement les crises douloureuses. Mais le caractère des douleurs, les vertiges, la radio ne peuvent donner un diagnostic certain. Le diagnostic ne sera affirmé que lorsqu'un examen général aura écarté toutes les autres causes de céphalées. Comme voie d'abord



l'auteur préfère la voie de la cloison. Le drainage amène des résultats très encourageants.

GORIS PÈRE a remarqué de telles céphalées au cours d'ulcérations syphilitiques ou cancéreuses dans le voisinage des sinus sphénoïdaux.

LIÉBAULT préfère la voie canaliculaire. M. Canuyt répond que dans la céphalée unilatérale il vaut mieux passer par la voie des cornets, et dans les céphalées bilatérales par la voie de la cloison.

SARGNON demande si l'auteur a rencontré des cas de céphalées avec vomissement dans des sinusites fermées : M. Canuyt répond qu'il n'a pas envisagé les cas de sinusites avec empyème clos qui eux rendent possibles des complications méningées.

**GORIS (père). — Sur 4 cas de névrite optique d'origine extra-orbitaire.**

De ses observations rapportées, où la guérison fut tantôt spontanée, tantôt obtenue avec un minimum d'intervention, l'auteur conclut qu'il faut mûrement soupeser l'importance de l'intervention avant de se décider et qu'il ne faut pas aller d'emblée au procédé mutilant par voie externe.

La ligne de conduite de l'auteur est guidée par les principes suivants :

1<sup>o</sup> S'il n'y a pas de lésion manifeste de l'endonez : exploration à l'anse du méat moyen ; en cas d'échec, résection du cornet moyen pour aborder les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal ;

2<sup>o</sup> S'il y a lésion des sinus : application des techniques relatives aux suppurations sinusales.

**DE STELLA (Gand). — Technique opératoire pour le traitement des névrites optiques d'origine endonasale.**

Il n'y a pas une, mais des opérations qui seront choisies selon la lésion nasale en cause. Les opérations se feront le plus souvent par voie endonasale dont la meilleure technique reste la résection du cornet moyen, le curettage de l'ethmoïde et du sphénoïde.

**SARGNON (Lyon). — Contribution à l'étude des lésions optiques et orbitaires dans les sinusites profondes.**

L'auteur résume 5 observations qu'il a publiées à la Société française d'oto-rhino-laryngologie de mai 1923 et ajoute 2 nouveaux cas dont l'un lui a permis d'adopter une technique un peu différente de celle qu'il a préconisée. Il conclut que dans certains cas de lésions ethmoïdo-sphénoïdales, lorsqu'il n'y a pas urgence on peut agir à froid, c'est-à-dire attendre que la lésion optique déjà en régression, soit suffisamment améliorée et surtout que les accidents inflammatoires sinusiens soient calmés par une thérapeutique locale. On diminue ainsi les risques d'accidents post-opératoires.

*Discussion des trois communications précédentes.*

CANUYT rappelle que la sclérose en plaque est une cause fréquente de névrite optique aiguë rétro-bulbaire. Il faut donc toujours éliminer cette affection ainsi que la syphilis.

LIÉBAULT. — A part le professeur Ségura, tous les opérateurs sont d'avis qu'il y a participation des cellules ethmoïdales postérieures. C'est ce qui lui fait préférer la résection du cornet moyen à la voie septale.

VAN DEN WILDENBERG reproche à la résection du cornet moyen de causer des hémorragies gênant la vue au cours de l'opération et de modifier l'anatomie du nez. Il a observé en effet après résection des cornets, des croûtes tenaces gênant la respiration bien que n'ayant pas la fétidité ozéneuse. Il préfère donc la voie paramédiane.

D'ailleurs avec le professeur Ségura et les Américains du nord, il pense que pour obtenir une amélioration des névrites rétro-bulbaires dues à des sinusites sphénoïdales latentes il n'est pas souvent nécessaire d'ouvrir les cellules ethmoïdales postérieures.

De plus s'il faut recourir à cette opération il préfère luxer temporairement le cornet moyen au lieu de le réséquer.

**GORIS FILS (Bruxelles). — A propos d'une névrite optique.**

L'auteur en cite un cas guéri par le sirop de Gibert, malgré un Bordet-Wassermann négatif.

Au toucher naso-pharyngien l'auteur avait cru sentir une tuméfaction vers une trompe d'Eustache. Il avait de plus constaté une leucoplasie buccale.

**VAN DEN WILDENBERG. — Un cas d'abcès steptococcique du prolongement pharyngien de la parotide.**

Il s'agit d'une parotidite ayant abouti à la suppuration et qui fut incisée. Pour trouver le pus il fallut enfoncer une sonde à 3 centimètres de profondeur immédiatement derrière la branche montante du maxillaire. A ce moment l'instrument se trouvait enclavé dans une excavation qui ne pouvait être que l'hiatus pharyngien de la loge parotidienne.

VERNEUVE (*Gand*) rappelle qu'il a signalé en 1902 une parotidite suppurée bilatérale avec paralysie faciale des deux côtés. Il pense que l'infection séparée des lobes parotidiens est la règle.

SÉBILEAU se range à cette opinion et conseille de ne pas se presser d'inciser. Beaucoup de parotidites guérissent par la simple expression et le pus s'évacue par le canal de Sténon.

**VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Tumeur de l'hypopharynx.**

Il s'agissait d'un polype myxomateux, de la grosseur d'une cerise, à long pédicule, inséré à gauche, près du bord inférieur du cricoïde, chez une femme d'une quarantaine d'années. Il se traduisait par une sensation de boule dans le pharynx avec besoin incessant d'avaler, qui fit tout d'abord songer à de l'hystérie ; il fut mis en évidence par l'examen laryngoscopique et surtout par l'hypopharyngoscopie. Ablation à l'anse chaude.

**VERNIEUVE (Gand). — Diverticules multiples de l'hypopharynx et de l'œsophage.**

Observation d'un homme d'une cinquantaine d'années, fumeur névrophate, ni syphilitique ni tuberculeux, qui, une vingtaine de fois par jour, le plus souvent au moment où il veut parler, est pris d'un spasme œsophagien avec projection à 15 ou 30 centimètres de quelques centimètres cubes d'un liquide tantôt clair, un peu filant, inodore, tantôt trouble et mal odorant. La radiographie puis l'œsophagoscopie montrent trois petites dilatations, la première au niveau de l'hypopharynx, les deux autres à environ 22 centimètres de l'arcade dentaire ; l'endoscopie laisse voir dans ces dernières la présence de plaques leucoplasiques. L'auteur discute la pathogénie de ce cas, et le rôle de la leucoplasie. Traitement par dilatations simples à la bougie, précédées de quelques alcalins pour diminuer l'œsophagite et le spasme.

**VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Quelques cas de corps étrangers des bronches et de l'œsophage.**

L'auteur en rapporte 6 cas, parmi les 17 qu'il a soignés, — et tous guéris — depuis un an.

1° Attache depuis deux mois dans la bronche droite d'un enfant de 3 ans.

Le corps étranger n'ayant pu être vu au cours d'une longue séance de bronchoscopie malgré l'emploi d'adrénaline, l'auteur recourut à la radioscopie, qui permit de le localiser ; mais une tentative d'extraction sous contrôle de l'écran, à l'aide d'une fine pince à cuillers plates introduite par un orifice de trachéotomie antérieurement faite, resta vaine, bien que le corps étranger ait pu être touché et mobilisé ; huit jours plus tard, nouvelle tentative, sous le contrôle de l'endoscopie : l'agrafe put, cette fois être extraite, au prix des plus grandes difficultés.

Van den Wildenberg, discute à propos de ce cas, les indications de l'extraction magnétique ; il se joint à Chevalier Jackson pour condamner l'extraction radioscopique ; on n'est autorisé à la tenter qu'après échec de l'endoscopie.

2° Clou depuis trois mois dans une bronchiole gauche. Extraction bronchoscopique. Guérison.

Dans ce cas le corps étranger, resté inaperçu au cours d'un premier examen radiographique négatif, ne fut mis en évidence que deux mois plus tard, sur un nouveau cliché exécuté à la suite d'accidents pleuropulmonaires inquiétants ; et au lieu d'une épingle, que montrait ce cliché confirmé par quatre autres, c'est un long clou que l'auteur eut la surprise de trouver.

La radiographie pouvant parfois, comme dans cette observation se trouver en défaut, « la conduite la plus rationnelle est de toujours faire pratiquer une radiographie et si elle est négative, de faire de toute façon une endoscopie, s'il y a des raisons de soupçonner la présence d'un corps étranger. Parfois on n'aura qu'un commémoratif et pas de signes physiques, aucune sensation du sujet et une radiographie négative ».

3° Haricot dans la bronche gauche d'un enfant. Extraction pérorale. Guérison.

L'auteur se trouva aux prises avec les plus grandes difficultés. Il insiste sur la nécessité, dans ces cas de corps étrangers friables, d'agir avec une extrême douceur pour éviter le danger de les morceler ; en tous cas, si cet accident arrive, on doit rechercher les fragments.

4° Long os de lapin dans les tissus de l'hypopharynx.

Extraction difficile, trois jours après l'accident, sous contrôle de l'hypopharyngoscopie directe avec un tube-spatule, d'un os long de 4 centimètres ayant déterminé phénomènes inflammatoires marqués au niveau de la paroi postérieure du larynx, avec retentissement sur l'état général. Guérison.

5° Arête de poisson enfouie dans les tissus œsophagiens.

Extraction difficile, sous contrôle de l'œsophagoscopie, d'une arête située à quelques centimètres au-dessous de la bouche de l'œsophage, dans la paroi antérieure où elle avait déterminé un abcès, avec phénomènes généraux sérieux. Guérison.

6° Corps étrangers à séjour prolongé dans un diverticule pharyngien.

Chez un homme de 64 ans, souffrant depuis vingt-cinq ans d'un diverticule de Zenker, depuis peu compliqué d'un dysphagie rapidement complète, on trouva, à l'œsophagoscopie, dans la poche diverticulaire, un os de bœuf anguleux, noirâtre, y ayant sans doute fort longtemps séjourné ; en regard de cet os existait une ulcération d'aspect épithéliomateux.

#### DRUESBÉQUE (*Gand*). — Guérison spontanée des lésions tuberculeuses du larynx.

A l'occasion d'une observation longuement détaillée de tuberculose laryngée spontanément guérie, l'auteur rappelle quelques particularités, retrouvées dans ce cas, qui permettent de porter un pronostic moins sévère que de coutume :

1° Il s'agissait d'une forme hypertrophique ; cette forme se caractérise par une infiltration tantôt diffuse, étendue en surface, tantôt localisée en un point, prenant la forme tumeur ; ces infiltrations ont peu de tendance à s'ulcérer et les ulcérations restent superficielles.

2° A aucun moment, malgré les lésions étendues, la malade n'accusa de dysphagie marquée.

3° Les lésions des bandes ventriculaires et des cordes vocales sont habituellement moins graves que celles de l'épiglotte et des aryténoïdes.

4° L'opinion de Baumgarten, que les tubercules composés uniquement de cellules lymphoïdes sont les plus malins, tandis que ceux qui sont composés uniquement ou à peu près de cellules géantes et de cellules épithélioïdes sont bénins, se trouva vérifiée dans le cas observé par Droysbèque qui fit pratiquer l'examen anatomo-pathologique d'une petite tumeur dont il avait fait l'exérèse.

#### LAPOUGE (*Nice*). — Contribution à l'étude du syndrome de Gradenigo.

D'une observation de syndrome de Gradenigo (otite moyenne aiguë, douleurs fronto-pariétales et paralysie du VI) terminée par la mort.



Lapouge conclut qu'il existe vraisemblablement deux formes de syndrome de Gradenigo : l'une bénigne, fréquente, l'autre maligne, mortelle. A ces deux formes doivent répondre deux lésions pétreuses et méningées différentes :

Forme bénigne : cellulite pétreuse simple + inflammation localisée des méninges (chemosis méningé des neurologistes).

Forme maligne : ostéite du rocher + abcès extra-dural ou inter-méningé.

La première forme implique un drainage large de la caisse et de l'antre. La deuxième, au contraire, réclame l'intervention pétreuse (découverte de la fosse cérébrale moyenne, de la face antérieure et de la pointe du rocher).

Un ensemble de signes doit faire soupçonner la collection extradurale : mauvais état général, céphalées, modifications du caractère, instabilité du pouls, amaigrissement rapide, et surtout fistule du promontoire ou de l'attique.

**GORIS FILS (Bruxelles).** — **A propos d'un symptôme facilitant le diagnostic des lésions mastoïdiennes latentes.**

L'auteur attache une très haute importance à la recherche quotidienne au cours des otites aiguës de la douleur au point jugulaire qui permet de dépister les mastoïdites latentes et de poser nettement l'indication opératoire. Ce symptôme peut également trouver son utilité au cours des otorrhées chroniques.

**GORIS FILS (Bruxelles).** — **Une particularité intéressante constatée au cours de l'examen vestibulaire d'un cas de « Fistel symptôme. »**

Explorant le labyrinthe d'une malade souffrant d'une carie ancienne de la caisse largement étendue à l'attique, avec céphalée, vertiges intenses et quelques vomissements, l'auteur put constater qu'il réagissait à la compression (signe de la fistule positif) mais ne réagissait ni à l'épreuve de l'eau froide ni à l'épreuve rotatoire.

**LANNOIS ET GAILLARD (Lyon).** — **Élimination spontanée par le conduit d'un séquestre du limaçon. Radiographie du rocher.**

Un malade souffrant depuis près de 40 ans d'otorrhée chronique entre-coupée de poussées aiguës au cours desquelles apparut une paralysie faciale, élimina au cours d'une nouvelle poussée un séquestre constitué par la base du limaçon dont on reconnaît près de deux tours de spire. La radiographie montre clairement dans le massif sombre du labyrinthe une tache claire qui correspond au séquestre limacéen éliminé, ainsi que d'autres altérations au niveau du labyrinthe postérieur qui indiquent à coup sûr une ostéite diffuse de tout le massif labyrinthique.

LANNOIS ET GAILLARD rappellent à l'occasion de ce cas les divers travaux qui portèrent sur la formation et l'élimination de ces séquestres labyrinthiques.

**VAN CANEGHEM (*Bruges*). — Un cas d'écoulement spontané du liquide encéphalo-rachidien par l'oreille.**

L'auteur relate l'histoire clinique d'une malade de 72 ans, morte de méningite aiguë après avoir pendant 17 mois présenté un écoulement permanent de liquide céphalo-rachidien survenu spontanément sans cause apparente. Après une longue étude anatomique et pathogénique de ce cas (voie qu'a suivie le liquide; voie qu'a suivie l'infection qui a déterminé la méningite; nature des lésions), il adopte la conclusion qu'à la suite d'un trouble circulatoire, sans infection ou peut-être avec infection, mais non spécifique, il s'est établi un foyer de nécrose (infarctus) dans la partie latérale de l'occipital; la raréfaction du tissu osseux sous-jacent a déterminé un écartement des fibres dure-mériennes, qui a rendu possible la pénétration du liquide cérébro-spinal dans les espaces péri-carotidiens et, de là, dans la partie tympanique de la trompe d'Eustache et dans la caisse du tympan; l'écoulement prolongé a permis l'infection de certaines cellules, notamment de deux cellules épitympaniques, et l'infection, partie de là, s'est propagée à travers la dure-mère aux espaces sous-arachnoïdiens, déterminant la méningite mortelle.

**G. DE PARREL (*Paris*). — Les causes du surdimutisme héréditaire.**

L'auteur envisage successivement les multiples causes du surdimutisme héréditaire, et s'attache à préciser le rôle de chacun d'eux dans la pathogénie de cette infirmité. Il insiste tout particulièrement sur l'hérédo-syphilis (étude des mécanismes par lesquels elle annihile les fonctions acoustiques; étude du pourcentage des sourds-muets hérédosyphilitiques) responsable à elle seule de 50 % au minimum des cas de surdimutisme héréditaires. Il ajoute que lorsqu'elle n'intervient pas directement sous les espèces d'une infection définie transmise des parents aux enfants, elle apparaît sous forme d'hérédité syphilitique, en liaison avec d'autres facteurs étiologiques, tels que : consanguinité des géniteurs, surdité familiale, tares nerveuses, dystrophies, dyscrinies, troubles du développement, etc... Il serait donc facile, conclut-il, d'énoncer les mesures prophylactiques qui s'imposent pour diminuer le nombre des sourds-muets héréditaires en organisant la chasse à la syphilis.

(C. R. officiel résumé par CARREGA ET MADURO.)

---

RÉUNION CLINIQUE DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES  
DES HOPITAUX DE PARIS

(COMPTE RENDU OFFICIEL)

*Séance du 12 janvier 1924.*

Le professeur Barany (d'Upsala) assiste à la séance.

**H. BOURGEOIS. — Tumeur maligne de l'étage inférieur des fosses nasales traitée par la radiothérapie. Guérison depuis un an. Accidents dentaires probablement consécutifs au traitement.**

Le malade dont il s'agit présente dans ses antécédents une histoire de néoplasme du larynx qui aurait été vu par M. Lubet-Barbon, mais dont nous ne pouvons certifier les détails ; ils se trouvent cependant relatés dans les dossiers du Dr Maingot de la manière suivante : M. R. a été traité pour un néoplasme du larynx les 16, 21, 28 juin, les 4 et 19 juillet 1919.

Les caractéristiques du traitement étaient les suivantes : étincelle équivalente 20 à 25 centimètres ; filtre aluminium 60/10 ; distance anticathode peau 24 centimètres ; séances respectivement de 5 heures et 4 heures mesurées au moyen du radiomètre de Sabouraud-Noiré.

Ce néoplasme du larynx a guéri, n'a pas récidivé.

En février 1922 M. R. alors âgé de 45 ans a commencé à souffrir d'une obstruction de la narine droite. Un premier spécialiste lui a d'abord cautérisé le cornet inférieur deux fois par semaine jusqu'en mai. A ce moment, ablation de polypes dont la récurrence a été extrêmement rapide. Un second spécialiste a fait deux ablations importantes de masses polypeuses au début et à la fin de septembre, récurrence toujours rapide. On essaye alors des rayons X dont il est effectué six séances de trente minutes.

La radiothérapie ne paraît pas diminuer le volume de la tumeur, mais amène la disparition de douleurs qui siégeaient dans la région occipitale droite depuis la fin d'octobre.

Nous voyons le malade le 20 novembre 1922 ; la fosse nasale gauche est libre, la fosse nasale droite est remplie par une tumeur végétante, facilement saignante, insérée sur toute la partie visible de la paroi externe. En avant elle dépasse un peu les fosses nasales proprement dites et gagne l'orifice de communication entre les narines et les fosses nasales. En arrière le cavum est libre mais la face supérieure du voile commence certainement à se prendre, car la moitié droite du voile est un peu rouge, un peu infiltrée et certainement moins mobile.

L'orbite est tout à fait indemne. Les deux sinus frontaux sont clairs. Les deux sinus maxillaires sont obscurs pour l'observateur mais le malade perçoit nettement une lueur à gauche et non pas à droite ; pas d'adéno-pathie.

Un fragment de tumeur est confié à notre interne M. Cornet qui nous répond : épithélioma spino-cellulaire.

Nous envoyons le malade à M. Maingot qui emploie cette fois l'appareil de GaiFFE de 200.000 volts et fait cinq heures et demie d'application en cinq séances.

Le 18 décembre la tumeur a complètement disparu : au-dessous du cornet moyen conservé il n'y a plus aucune trace ni du cornet inférieur, ni de la paroi externe des fosses nasales. Le sinus maxillaire largement ouvert contient un peu de pus et le cavum renferme des croûtes épaisses.

Jusqu'en juillet 1923 nous surveillons le malade de près et nous lui apprenons à se débarrasser par des lavages des croûtes mal odorantes qui encombrant son sinus et sa fosse nasale droite ; leur abondance tend d'ailleurs à diminuer.

En août, apparaît brusquement un volumineux gonflement de la joue droite et notre assistant le Dr Bouchet assiste à la formation quasi suraiguë d'un volumineux abcès de la partie postérieure de la mâchoire supérieure droite. Il l'incise et trouve une perforation spontanée du sinus au-dessus de la seconde molaire, la perte de la substance osseuse est assez large pour admettre le petit doigt.

Nous revoyons le malade au début d'octobre. Rien ne peut faire supposer une récurrence de la tumeur, aucun bourgeon ne se montre ni dans le nez ni par la fistule bucco-sinusale. Nous demandons au Dr Mahé l'ablation de la seconde molaire dont les racines apparaissent dans l'orifice du sinus. Cette dent n'est pas cariée non plus qu'aucune des dents voisines. C'est une dent morte sans qu'on puisse affirmer si cette mortification est antérieure à l'abcès ou si elle a été causée par la nécrose osseuse, mais nous estimons tous Mahé, Maingot et moi que la mortification a pu être causée par les rayons et entraîner ensuite l'abcès et la nécrose.

La communication bucco-sinusale parut se refermer rapidement, mais de nouveaux gonflements douloureux avec menace d'abcès conduisirent à enlever la première molaire qui était également morte. Mahé ne trouva pas cette fois de nécrose de l'alvéole.

Récemment le malade est venu nous trouver pour un nouveau gonflement de la joue situé très en arrière. Le siège de l'ancienne fistule bucco-sinusale était très douloureux au palper, notre stylet explorateur pénétra facilement dans le sinus et fit sortir du pus mêlé de sang. Il reste donc un foyer d'ostéite à ce niveau qui nécessitera peut-être un curetage.

L'intérêt de cette observation paraît résider dans la radio-sensibilité remarquable des deux tumeurs du larynx et du nez et dans les accidents de mortification dentaire, de suppuration et d'ostéite qu'on peut attribuer, je pense, aux rayons X : les dents n'étaient pas cariées mais nous ne pouvons naturellement certifier l'origine de la mortification.

#### DISCUSSION

HALPHEN demande si la mortification dentaire et la nécrose du maxillaire sont apparues sans entraîner de grandes douleurs névralgiques. D'habitude l'application de radium dans les fosses nasales ou



la radiothérapie pénétrante de la région ethmoïdale et nasale provoquent des névralgies violentes, rebelles à toute thérapeutique.

PIERRE SÉBILEAU pense qu'il s'agit d'un cas de radio-nécrose, comme il n'est pas rare d'en observer lorsque le radium ou les rayons de Röntgen sont appliqués sur des tissus voisins des os. Il y a eu une radio-nécrose précoce qui a détruit le plafond alvéolaire de la dent de 12 ans. Il y a maintenant une radio-nécrose secondaire qui s'attaque, très doucement d'ailleurs, sur quelques points des parois du sinus, déterminant une suppuration constante. Ces radio-nécroses se manifestent quelquefois un certain temps après l'application de la radiothérapie ; il n'est pas rare de les voir durer plusieurs mois, plusieurs années même ; les unes sont excessivement douloureuses ; d'autres au contraire le sont peu. Comme dans le cas de M. Bourgeois, il arrive souvent que, chaque fois qu'il se produit une poussée d'ostéite nécrotique, les tissus mous qui entourent l'os présentent des signes de réaction inflammatoire.

Ces communications interbucco-sinuses, quand elles ne guérissent pas spontanément au bout de quelques semaines ou de quelques mois, ne guérissent ordinairement jamais. Aucun traitement ne réussit d'habitude contre elles. Il faut surtout se garder de les consacrer par ce tubage sinuso-buccal que les dentistes ont coutume d'appliquer dans ces trajets fistuleux.

JOUSSEAUME et WISNER (présentés par le Dr Halphen). — **Sinusite frontale à extériorisation lointaine et volumineux abcès frontal médian chez une fillette de 14 ans.**

Malade opérée d'une sinusite frontale et maxillaire par M. Halphen et dont l'histoire clinique offre les particularités suivantes :

Enfant de 14 ans n'ayant jamais présenté d'affection nasale évidente, mais venu à l'hôpital Bretonneau pour une volumineuse tuméfaction de la région médio-frontale.

L'examen systématique de la malade ayant montré une suppuration du méat moyen gauche et un sinus maxillaire opaque à la transillumination du même côté, fit pratiquer une radiographie qui montra la présence d'un volumineux sinus frontal occupant toute la région frontale droite et gauche, le sinus frontal opposé n'étant représenté que par une toute petite cellule.

L'opération immédiatement pratiquée montra une perforation de la table antérieure d'un sinus frontal anormalement développé, surtout pour une fillette de 14 ans. L'affection évolua normalement vers la guérison après un curettage méthodique des sinus fronto-ethmoïdal antérieur et maxillaire gauches selon les procédés classiques.

L'examen du pus avait montré l'existence de polynucléaires peu ou pas déformés ; l'ensemencement sur gélose avait donné une culture pure de streptocoques. L'examen histologique des fragments de la muqueuse du sinus ne montra qu'une inflammation banale sans aucun caractère spécifique.

Jousseau et Wisner discutent ensuite le diagnostic de cet abcès, issu d'une sinusite frontale par perforation de la table antérieure, avec la tuberculose et surtout la syphilis du frontal.

Ils insistent surtout sur le fait que, contrairement à l'opinion des classiques, tels que Tillaux, on peut observer chez des enfants de 14 ans, des sinus frontaux très développés ; il est donc possible d'observer chez eux des sinusites frontales.

Enfin, ils font remarquer que, dans la littérature médicale, on trouve peu d'exemples de la perforation de la paroi antérieure du sinus ; c'est l'angle supéro-interne de l'orbite le plus fréquemment lésé, puis la paroi postérieure avec toutes ses conséquences cérébro-méningées ; ce n'est que très rarement que la paroi antérieure est atteinte.

#### DISCUSSION

HALPHEN fait remarquer combien le diagnostic de ce cas était difficile : tumeur de la région médio-frontale, sans passé nasal, à plus forte raison sinusal, sans douleur ni température ; tout faisait penser au premier abord à une affection spécifique, syphilis ou tuberculose. L'examen du sinus maxillaire, opaque à la transillumination et la présence d'un peu de pus au méat moyen, firent seuls admettre l'hypothèse d'une sinusite frontale extériorisée, malgré l'âge du sujet et la rapidité de l'évolution de la maladie, hypothèse que la radiographie vint heureusement confirmer.

Anatomiquement, toute la paroi antérieure du sinus frontal était formée d'un os verrouillé, d'aspect nécrotique et le siège de la perforation, si haut située, par rapport à la région sourcilière firent hésiter d'abord sur la présence d'un sinus si anormalement développé. La découverte du streptocoque comme seul agent causal explique l'évolution rapide du processus suppuratif nécrotique mais non l'allure torpide de la maladie.

L. BALDENWECK. — Les sinusites de l'enfance sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit. Toutes ne se présentent évidemment pas avec des caractères d'extériorisation comme la malade d'Halphen. Mais, si l'on examine systématiquement les enfants atteints de « coryza muco-purulent », on trouve sans peine parmi eux un certain nombre de sinusites. La radiographie, faite tant dans les positions classiques que dans les positions de Hirtz, est très utile, car les renseignements qu'elle donne sont souvent très nets et les ombres constatées prêtent moins à discussion que chez l'adulte.

Beaucoup de ces sinusites de l'enfance guérissent d'ailleurs par la désinfection des fosses nasales et surtout par l'ablation des végétations adénoïdes. Tel est en particulier le cas habituel des ethmoïdites de l'enfance.

J'ai cependant eu à opérer quelques sinusites, ayant d'ailleurs toutes guéri, chez l'enfant : un cas de sinusite frontale à la suite d'une rougeole, 3 ou 4 autres qui s'étaient compliquées de phlegmons orbitaires. Dans ce dernier cas, il ne faut pas se presser ; les oculistes connaissent bien ces fluxions orbitaires, répondant souvent à une infection ethmoïdale et qui se résorbent spontanément sous l'influence du seul traitement médical.

La fréquence des sinusites chez l'enfant ne doit pas surprendre. Les radiographies, qu'après bien d'autres auteurs, les Américains notamment, j'ai fait systématiquement pratiquer, m'ont donné les mêmes

résultats qu'à eux, c'est-à-dire développement beaucoup plus précoce et dimensions généralement beaucoup plus grandes des sinus, que ne le disent les classiques.

A. BLOCH et A. AUBIN. — **Un cas de symphyse vélo-pharyngée.**

Le jeune R., 17 ans, vient consulter au service d'oto-rhino-laryngologie du Dr Bourgeois, à l'hôpital Laennec, pour une certaine gêne de la respiration nasale qu'il éprouve depuis quelques mois.

On constate en outre en l'interrogeant qu'il répond d'une voix dont le timbre paraît légèrement altéré (timbre nasonné), il ne s'agit là que d'une nuance peu appréciable puisqu'elle a échappé à l'attention de l'entourage.

La respiration nasale, au repos tout au moins, se fait normalement en apparence, sans que le malade ait besoin d'ouvrir la bouche.

Rhinoscopie antérieure : la muqueuse est normale, pas d'hypertrophie, pas de sécrétion.

A l'inspection du bucco-pharynx, au contraire, on aperçoit immédiatement des lésions manifestes : le voile est sur presque toute son étendue adhérent à la paroi postérieure ; il présente seulement un peu à droite de la ligne médiane, à la base de la luette, un petit orifice admettant tout juste l'extrémité d'un porte-coton. Cette portion adhérente paraît montée, attirée vers le haut comme par une amarre venue du cavum.

Les piliers postérieurs des deux côtés sont effacés, la paroi postérieure du pharynx se continue avec la paroi latérale sans aucune saillie visible à ce niveau.

La muqueuse qui recouvre toutes ces parties est profondément modifiée et présente un aspect cicatriciel caractéristique. Cette altération s'étend vers le bas approximativement jusqu'à une ligne qui passerait par le pôle inférieur des amygdales. Il existe là une cicatrice étoilée tout à fait typique.

Rien d'autre par ailleurs ; aucune lésion du larynx, les tympons sont normaux.

Les lésions observées paraissent avoir retenti sur l'état général du malade : aspect malingre, taille au-dessous de la normale, thorax étroit et peu développé.

Le passé pathologique de ce malade se résume simplement en deux interventions : ablation d'amygdales et des adénoïdes faites la première il y a dix ans, la deuxième il y a huit ans. Les suites immédiates auraient d'ailleurs été normales, et c'est seulement, rappelons-le, il y a huit ou dix mois que le malade a éprouvé une gêne de la respiration nasale devenue insuffisante à l'occasion d'une marche rapide, d'une course, d'un effort. C'est à cette date récente que la lésion pharyngienne a été aperçue.

Insistons sur le fait qu'il n'y a eu à aucun moment de phase aiguë, de douleur et que en un mot la symphyse s'est constituée complètement à l'insu du malade.

Comment devons-nous interpréter les lésions révélées par l'examen ? Deux hypothèses se présentent ; il peut s'agir ou bien de lésions traumatiques consécutives aux interventions pharyngées relatées plus

haut, ou bien de lésions spécifiques ou hérédospécifiques plus vraisemblablement, qui auraient laissé comme séquelle la cicatrice scléreuse en question.

Il pourrait peut-être paraître plus logique et plus simple de s'arrêter à la première hypothèse, cependant la longue période de latence, le fait que la première intervention n'avait certainement pas occasionné d'adhérences qui n'auraient pas manqué de frapper l'opérateur, lors de la deuxième intervention et encore peut-être l'étendue même des lésions qui englobent une bonne partie de la portion basse du pharynx proprement dit (et non plus du cavum) ne paraissent pas en faveur de cette manière de voir.

Nous devons reconnaître qu'il n'existe chez ce jeune malade, aucun antécédent ou stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. Le père nie toute spécificité; il a 2 autres enfants bien portants, une réaction Bordet Wassermann a été trouvée négative.

Ces résultats négatifs nous semblent cependant insuffisants pour éliminer l'hypothèse de spécificité; tous les auteurs en effet admettent à propos de cas de ce genre que même lorsque la synéchie semble d'origine traumatique, c'est la syphilis qu'il faut incriminer.

L'acte opératoire a pu agir comme cause occasionnelle, mais la synéchie ne s'est établie en réalité que sous l'influence du terrain sur lequel l'intervention a été pratiquée.

On conçoit l'importance de cette distinction au point de vue médico-légal.

Dans le cas particulier, il est permis d'admettre qu'il s'est agi d'une sclérose sous-muqueuse s'installant d'emblée sans gomme à proprement parler et par conséquent sans ulcération ce qui nous explique l'absence de phénomènes aigus douloureux dans l'anamnèse, processus que l'on retrouve assez couramment en ce qui concerne la langue.

A signaler le fait que la symphyse n'est pas absolument totale, qu'il persiste un petit trajet conduisant dans le cavum et par lequel la respiration normale a pu continuer à se faire plus ou moins aisément, ce fait est signalé dans toutes les observations analogues.

Pour ce qui est du traitement, les interventions sanglantes semblent en pareil cas vouées à l'échec, il est facile de séparer le voile du pharynx, il est très difficile de maintenir cette séparation et d'éviter la reproduction des adhérences, on est obligé dans ce but d'introduire un corps étranger (drain en caoutchouc) entre les surfaces, mais il faut savoir qu'après ablation de cet appareil prothétique, alors que la mastication paraît facile, la symphyse peut se reproduire même au bout de très longtemps.

Nous proposons donc de traiter le cas observé par la diathermie en utilisant comme point de départ l'orifice de communication, méthode qui d'ailleurs devra être appliquée au cours de séances multiples et prolongées et exigera certainement un long délai.

L'opportunité d'un traitement général anti-syphilitique est à discuter; il aurait bien peu de chances, nous semble-t-il d'agir en tous cas sur les lésions pharyngées cicatricielles, mais il peut constituer une préparation utile au traitement local.



## DISCUSSION

HALPHEN fait observer que si l'apparition des synéchies vélo-pharyngées fit suite aux interventions sur les adénoïdes, cela n'exclut pas l'étiologie hérédosyphilitique de l'affection. Le traumatisme agissant sur ce terrain préparé s'ajoute aux ulcérations nécessaires à provoquer ces adhérences si même il ne les favorise pas dans leur apparition.

MOULONGUET n'est pas sûr qu'il s'agisse chez le malade d'une adhérence cicatricielle consécutive à une gomme syphilitique du pharynx ; l'absence de tout épisode douloureux pharyngé depuis l'amygdalectomie, la guérison spontanée de la lésion sans traitement spécifique, la négativité de Bordet-Wassermann lui font croire qu'il s'agit plutôt d'une cicatrice post-opératoire.

Le siège bas de la cicatrice pharyngée peut s'expliquer par une faute opératoire, malheureusement assez fréquente chez les spécialistes novices : lésion de la paroi pharyngée postérieure par le morceleur manié brutalement.

Quant au traitement, il croit que l'opération de Jacques pourrait donner un bon résultat.

ROUGET. — Il est indiscutable que l'adénoïdectomie est une opération un peu aveugle ; on pourrait donc admettre que l'intervention, même bien conduite, puisse être exceptionnellement suivie de la formation d'une plaie pharyngée descendant trop bas sur la paroi postérieure ; à plus forte raison, cette complication serait-elle explicable quand l'opération a été pratiquée par un de ces profanes qui ne se limitent pas à la région de la voûte du pharynx, mais viennent râcler la zone inférieure du naso-pharynx. Il nous semble que ces cas doivent être exceptionnels.

Dans le laboratoire de notre maître Sébilleau, à Clamart, nous avons fait quelques expériences : il nous a été impossible, en nous servant du couteau de Gottstein et malgré la brutalité opératoire voulue que nous avons employée, de faire plaie en même temps sur la paroi pharyngée et la face postérieure du voile. La pince de Chatellier ne peut être incriminée, car elle ne lésait que le haut cavum.

De nos recherches, il nous a semblé qu'il fallait surtout incriminer le terrain sur lequel l'intervention a été pratiquée.

Le traitement chirurgical est très décevant ; si parfois le résultat immédiat est bon, le résultat définitif ne présente guère d'amélioration, la rétraction ne réapparaissant souvent que très tardivement.

Dans un cas, nous avons employé avec succès la diathermie ; il nous semble que c'est par les agents physiques que l'on peut espérer une guérison.

**M. PIERRE SÉBILLEAU. — Nécrose et élimination totales de la mâchoire inférieure par une large béance des parties molles.**

J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui a perdu la totalité de sa mâchoire inférieure. Je vous présente aussi le maxillaire inférieur lui-même. Vous voyez qu'il est, pour ainsi dire, intégral.

C'est à la suite d'un ostéo-phlegmon d'origine dentaire que le patient a présenté les premiers signes de la nécrose qui devait aboutir à l'escarrification complète de l'os. La lésion osseuse s'est, en effet, peu à peu étendue; l'ostéite, d'abord limitée à un angle de la mâchoire, a gagné la branche montante homo-latérale du maxillaire inférieur, puis la branche horizontale homo-latérale et s'est propagée à l'autre moitié de l'os. Les trajets fistuleux qui se sont successivement formés ont fini par se réunir et ont constitué une large béance suppurante s'étendant du lobule de l'oreille droite au lobule de l'oreille gauche. C'est par cette ouverture que l'os s'est éliminé. Le patient a souffert pendant de longs mois. A la fin, n'en pouvant plus et voulant à tout prix en terminer, il sectionna lui-même, avec courage, le tendon des deux muscles temporaux qui, attachés aux apophyses coronoides, résistait encore.

La suppuration, à dater de ce moment, s'est beaucoup ralentie et s'est tarie en quelques semaines; mais les deux berges de la perte de substance n'ont pu se réunir; elles se sont épidermisées et le malade porte une longue fente, large à peu près de deux travers de doigt, étendue du lobule de l'oreille droite au lobule de l'oreille gauche, fente par laquelle il tire la langue au dehors, dans la région du cou, et par laquelle on peut voir, en écartant les deux bords du fossé, tous les détails anatomiques de la cavité buccale.

Je pratiquerai bientôt une autoplastie de réparation.

---

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

*Séance du 18 janvier 1924.*

**BARANY (d'Upsala). — Evidement pétro-mastoïdien sans plastique.**

Dès 1911, l'auteur a modifié la technique classique de l'évidement pétro-mastoïdien. Il ne récline pas en avant le conduit auditif, car cette méthode est responsable de quelques accidents: sténose, néomembranes.

Il décolle le périoste jusqu'à la spina supra méatum et il pratique l'évidement autour du conduit resté en place. Il trépane en arrière du conduit auditif, curette l'attique et la paroi postérieure, mais il s'efforce de ne pas léser le conduit membraneux, car il y a des cas où l'on peut obtenir une restitution complète.

L'opération terminée, l'auteur suture complètement et il place à l'extrémité inférieure un drain en caoutchouc, qu'il enlève le second jour et qu'il remplace par une lame de cellophane, celle-ci est elle-même supprimée au bout de quelques jours. Barany pense que la plastique n'est jamais indispensable et que d'autre part elle expose trop

souvent à des suppurations trop prolongées surtout avec les grandes cavités. En conservant le conduit, pas de sténose, il tamponne d'ailleurs celui-ci avec une lame de coton.

Il se sert d'une curette spéciale, de diamètre très réduit, mais puissante qui lui permet d'enlever l'étrier et de pénétrer dans le labyrinthe.

Il fait ses opérations à l'anesthésie locale et la curette est préférable dans ce cas à la gouge.

M. JOUET pense que cette méthode est difficilement applicable aux cas où il y a du cholestéatome et qu'on ne peut guère surveiller le bourgeonnement.

M. SÉBILEAU. — L'opération de M. Barany tient le milieu entre l'opération de His et celle de Sourdille. C'est une sorte d'antrotomie prolongée jusque dans la caisse, avec une résection partielle de la paroi postérieure et du mur de la logette. Ce qu'il y a de particulier c'est le soin avec lequel M. Barany respecte le conduit membraneux.

La curette extrêmement petite est remarquablement puissante.

L'évidement partiel, tel que l'opération de M. Barany, ne paraît cependant avoir que des indications restreintes, les lésions sont souvent telles que seul l'évidement complet est indiqué.

L'opération de M. Barany pourra rendre de grands services dans les lésions de la région haute de la caisse qui sont si rebelles au traitement habituel, d'autant que les suites opératoires étant bonnes, on n'hésitera pas à intervenir.

M. BLOCH dit qu'on a très peu souvent l'occasion de faire l'évidement partiel. On ne le pratique que dans le cas où les lésions sont très localisées. Les résultats ont été satisfaisants. L'opération elle-même n'est pas particulièrement difficile, mais le pansement de la plaie est délicat, surtout au début.

M. BARANY répond à M. Jouet que lorsqu'on a très soigneusement inspecté la cavité évidée de son cholestéatome il n'est pas nécessaire de regarder les jours suivants. Il a des guérisons en quelques jours et qui se maintiennent depuis plusieurs années.

Quant aux indications de son opération, l'auteur pense qu'une bonne audition n'est pas une contre-indication, il a bien soin de ne pas léser les osselets, dans beaucoup de cas, l'audition est meilleure après l'opération.

#### L. REVERCHON et G. WORMS. — Zona otitique.

Les auteurs relatent deux exemples de zona otitique répondant à deux modalités différentes.

La première observation réalise un véritable *syndrome géniculé* complet, comprenant à la fois : 1° Des troubles auditifs (hypoacousie, bourdonnements, vertiges) ; 2° Une paralysie faciale totale ; 3° Une éruption vésiculaire au niveau du conduit et du pavillon (zone de Ramsay Hunt) ; 4° Des troubles salivaires avec fluxion transitoire de la glande sous-maxillaire.

La deuxième répond à un type plus complexe, beaucoup plus rare, comportant la participation de plusieurs nerfs craniens (3°, 5°, 6° 7°, 8°, 10° paires).

La symptomatologie en imposa, au début, pour une mastoïdite : (douleurs vives et œdème de la région mastoïdienne droite, paralysie faciale, fièvre). L'indication d'une trépanation d'urgence se serait inévitablement posée sans l'examen attentif du conduit, qui montra la présence de vésicules d'herpès.

Après une phase d'accalmie, apparurent des troubles vestibulaires (surdité, nystagmus, vertige, vomissements) d'une intensité extraordinaire. L'intolérance gastrique fut telle que, pendant 8 jours, on dut alimenter le malade par voie rectale.

On nota, au paroxysme de la crise, des troubles très impressionnants du rythme cardiaque (ralentissement considérable, irrégularité du pouls avec tendance syncopale). Il existait, enfin, de la diplopie homonyme par parésie de la 6<sup>e</sup> paire droite, et de la mydriase (ophtalmoplégie interne, 3<sup>e</sup> paire).

Gnérison au bout d'un mois, persistance de la paralysie faciale avec lagophtalmos, ayant nécessité une blépharographie.

Les auteurs soulignent l'allure protéiforme du zona otitique et les erreurs de diagnostic auxquelles il peut prêter.

L'éruption caractéristique, souvent discrète ou déjà dissipée, peut passer inaperçue, et la paralysie faciale en imposer pour une paralysie faciale *a frigore*; la tuméfaction mastoïdienne, la douleur, les réactions fébriles orienter vers une otite compliquée et pousser à une intervention injustifiée.

Quant à la pathogénie, les auteurs se demandent si la théorie ganglionnaire suffit à expliquer la diffusion du processus à un grand nombre de nerfs craniens, et s'il ne faut pas, dans ce dernier cas, incriminer plutôt ces lésions méningées de la base.

M. LABERNADIE.

## SOCIÉTÉ ROUMAINE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

*Séance du 29 mai 1922.*

SELIGMAN présente un cas opéré de mastoïdite, faussement diagnostiqué furoncle du conduit.

DAVID-GALATI ne croit pas que le diagnostic ait été faux. Il existe des mastoïdites consécutives à la furunculose du conduit.

### BRATESCU-VIRGILIU. — Fibrome naso-pharyngien.

Opération par incision transversale du voile du palais avec la pince de Doyen. N'ayant pas d'anse froide, n'a pas fait d'incision longitudinale du voile. L'examen biopsique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes et, à la périphérie, de l'épithélium pavimenteux stratifié. L'auteur conclut à un fibrome sarcomatisé.

MAICANESCU dit qu'on a hésité dès le début sur le diagnostic, qui a été sarcome et non pas fibrome.



**DAVID-GALATI. — Tuberculome avec perforation nasale.**

Il s'agit d'un jeune homme qui ne peut respirer par le nez. A l'examen on constate la présence d'un polype qui passe d'une narine dans l'autre, par une large perforation du septum. Le polype a son point d'insertion sur le bord postérieur de la perforation.

**DAVID-GALATI. — Polype interaryténoïdien.**

Il était tantôt apparent, tantôt il se renversait sur le pharynx. Au-dessous se trouvait un autre polype plus petit. Le gros était un fibrome.

**L. MAYERSOHN. — Un cas d'occlusion congénitale cutanéomembraneuse des orifices antérieurs des fosses nasales.**

Si les cas d'occlusion congénitale totale des choanes (orifices post. des fosses nasales) se rencontrent assez rarement — on en connaît quelques 200 cas dans la littérature médicale —, et si les cas d'occlusion congénitale totale de l'entrée des narines sont plus rares encore, les cas d'occlusion congénitale totale des orifices postérieurs des narines, c'est-à-dire antérieurs des fosses nasales, sont si rares qu'on pourrait les compter sur les doigts. La plupart des traités spéciaux ne parlent même pas de ces cas. Si on laisse de côté le cas de Georges Grimmer communiqué à la Société royale de médecine de Londres, section laryngologique, le 6 mars 1908, où il s'agit d'un cas d'occlusion partielle du nez chez un homme de 32 ans, on ne compte en effet que 4 cas dans la littérature médicale. Dans ces cas entre également celui de Raoult de Nancy où il s'agit d'un enfant de deux mois. (Soc. belge d'oto-rhino-laryngologie, séance du 6 juin 1903, cas publié dans la *Revue Médicale de l'Est*, 1<sup>er</sup> avril 1903).

Le cas présent concerne une fille, âgée de 13 ans, 9<sup>e</sup> de 15 enfants. En dehors de celle-ci aucun des enfants n'a eu d'anomalie. La fille ne présente, à première vue, rien d'anormal sauf qu'elle se tient toujours et continuellement la bouche ouverte, par laquelle elle respire exclusivement. La figure, présente les régions jugales allongées longitudinalement. L'appendice nasal est normal extérieurement. Mais lorsque l'on soulève le bout du nez en renversant la tête en arrière, on voit qu'au fond du vestibule nasal, là où le revêtement cutané devient muqueux, les orifices des fosses nasales sont complètement fermés, par un diaphragme cutanéomembraneux, un peu plus large à droite qu'à gauche. L'occlusion est tellement complète que le moindre filet d'air ne peut passer par le nez. Pas d'odeur. La fille affirme cependant sentir quelquefois par la bouche l'odeur de cuisine. La parole est celle de quelqu'un qui a une forte obstruction du nez.

Dès sa naissance l'enfant respirait exclusivement par la bouche. Une abondante suppuration sortait par le nez. La fille a été élevée avec beaucoup de difficulté, car elle ne pouvait s'alimenter au sein. Elle a été souvent malade et est restée délicate. Elle n'a pas appris à écrire ni à lire.

Sous chloroforme et en une seule séance, j'ai traversé et détruit les deux diaphragmes d'une épaisseur de presque un centimètre, à l'aide

du galvanocautère. J'ai rencontré à l'intérieur des fosses nasales de nombreuses brides cicatricielles que j'ai détruites. Des mèches xéroformées furent introduites ensuite dans les narines et remplacées après vingt-quatre heures par des drains de caoutchouc. J'ai dû introduire après des sondes dilatatrices car il existe une forme tendance, qui persiste encore deux mois après l'opération, à la reproduction de la membrane. Actuellement les deux orifices sont reconstitués, la respiration nasale est libre et l'odorat est normal.

---

*Séance du 26 juin 1922.*

**COSTINIU. — Corps étranger (chiffon) dans la fosse nasale.**

Il s'agit d'une fillette âgée de 6 ans, qui se présente à la consultation avec une pyorrhée nasale gauche, fétide, avec eczéma des narines, qui dure depuis dix-huit mois. On essaie une irrigation de la narine, mais l'eau n'y pénètre pas. L'exploration avec un stylet provoque de l'hémorragie. Pendant le lavage, l'enfant fait des efforts et expulse un chiffon de forme cylindrique de la grosseur d'un doigt. Costiniu présente ce cas, intéressant par la durée de la présence de ce corps étranger sans entraîner aucune complication du côté du sinus.

**PREDESCU-RION. — Pansinusite droite.**

Le malade présenté a eu une sinusite frontale droite à la suite d'un coryza chronique. Opéré par voie externe, après quelque temps il apparaît une sinusite maxillaire du même côté. Intervention. Les parois du sinus sont détruites par une carie. Predescu-Rion est d'avis que la sinusite est due au processus d'ostéite qui a détruit en partie la paroi antérieure et interne du sinus.

**MAICANESCU. — Sténose œsophagienne.**

C'est un soldat, âgé de 22 ans, qui présentait au début une amygdalite avec des troubles de la déglutition. On fait un cathétérisme œsophagien; une forte vomique pyo-sanguinolente, qui se répète par deux fois, s'ensuit. A la radioscopie on aperçoit au niveau de la 4<sup>e</sup> côte une sténose à la hauteur de la croise de l'aorte. Rien aux poumons. A l'œsophagoscopie on voit à 12 centimètres de l'arcade dentaire, une masse caséuse. Traitement : cathétérisme à la sonde molle et injections avec fibrolysine. Le malade va mieux, mais il ressent un arrêt derrière le sternum.

**VASILIU D. — Troubles de la parole dans le parkinsonisme.**

L'enfant présenté, du service du professeur Marinesco, à la suite d'une encéphalite épidémique, dans la phase de parkinsonisme, accuse des troubles de la parole très intéressants. Ce garçon de 12 ans commence par parler très couramment et, à un moment donné, après

quelques mots ou parfois quelques phrases, la langue s'arrête dans une position spastique, tournée en haut et un peu recourbée de côté, la bouche ouverte et la salive abondante et visqueuse qui s'écoule en dehors, Vasiliu croit que ce spasme catatonique de la langue est la cause du mutisme pendant le sommeil léthargique, car les troubles sont plus accentués à la phase rapprochée de l'état aigu de la maladie. Vasiliu n'a pas trouvé de cas analogues dans la littérature étrangère et croit que c'est le premier cas observé en Roumanie.

#### MAYERSOHN. — Cancer du larynx traité par radiumpuncture.

Mayersohn présente un malade, 45 ans, qui devint enrroué en mai 1921. Il présentait sur la corde vocale droite une tumeur, qui à la biopsie se trouvait être un épithélium pavimenteux stratifié avec perles épithéliales. Il lui applique en cinq séances consécutives de trois heures une aiguille de radium en plein centre de la tumeur. Deux mois après tout était disparu, tumeur, ganglion, enrrouement, et les cordes vocales tout à fait normales. Actuellement, quatre mois après le traitement, l'état se maintient. La corde vocale gauche est un peu plus rouge. La corde droite qui portait la tumeur est normale. L'auteur croit que c'est le premier succès en Roumanie du radium dans le cancer du larynx.

*Compte-rendu par le Dr MAYERSOHN.*

### PREMIER CONGRÈS ROUMAIN D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

*(Bucarest, 17 octobre 1922)*

Ce premier Congrès, organisé par la Société roumaine d'Oto-Rhino-Laryngologie, s'ouvre à 10 heures du matin à l'Hôpital Collyca, sous la présidence du Dr Al. Costiniu.

Le Dr COSTINIU salue en paroles émues ce premier Congrès et les assistants et exprime l'espoir qu'une ère nouvelle s'ouvre pour la spécialité dans notre pays.

Le professeur N.-J. MITIANU parle au nom de la Faculté de Médecine dont il apporte le salut au Congrès. Il regrette le manque de tout service d'hôpital dans le pays ainsi que d'un service de clinique laryngologique. Il espère qu'un tel service sera créé sous peu si les laryngologistes du pays la demandent avec insistance aux autorités compétentes. Le Congrès vote une motion dans ce sens.

Le Dr L. MAYERSOHN, secrétaire général du Congrès, fait l'histoire de la Société roumaine d'Oto-Rhino-Laryngologie depuis sa fondation, le 13 février 1908 jusqu'à ce jour. Il prononce l'éloge du professeur E. Félix, du professeur Stanculeanu et du Dr Wachman morts au champ d'honneur, membres de la Société. Il montre la difficulté de la publication de nos débats dans les revues de spécialité et émet le vœu de la publication d'une Revue propre de la Société. Il reste

à rassembler tous les spécialistes autour de notre Société et à agrandir notre activité scientifique pour le bien du pays et pour l'avancement de la spécialité.

Après l'élection du bureau pour 1923 (Président Orescu, Vice-président professeur Melianu, secrétaire-général L. Mayersohn, secrétaire, Vasiliu), le Dr Costiniu lit son rapport.

### Dr COSTINIU. — L'histoire de l'oto-rhino-laryngologie en Roumanie.

Cette spécialité commence en Roumanie avec le Dr L. Kugel, en 1861, appelé à Bucarest par le général Dr Carol Davila. Il fonctionne comme professeur à l'Ecole de Médecine et donne des consultations à l'Hôpital Brancovenaca. Ami et élève du professeur Politzer, il fut un bon spécialiste oculiste et auriste et fut le premier qui a fait chez nous une laryngoscopie. Ecrivain fécond il a publié, seul ou en collaboration avec Politzer. Il n'a pas fait d'élèves. Avant Kugel, dans les cas d'intervention c'était au chirurgien d'intervenir. Les mastoïdites ne s'opéraient que comme un simple abcès et lorsque le pus arrivait à fleur de peau. La paracentèse n'était pas connue. L'otalgie se traitait empiriquement jusqu'à la perforation spontanée. Les maladies du larynx ou du nez se traitaient, lorsqu'il avait lieu d'intervention, par les chirurgiens, sans aucun contrôle de la vue. Les polypes du nez s'arrachaient lorsqu'ils arrivaient à la vue. Les polypes nasopharyngiens, les cancers du larynx s'opéraient par les chirurgiens. Le Dr Mandescu professeur d'ophtalmologie et d'otologie, laissa celle-ci au deuxième plan. De même le général Dr Petrescu. La spécialité à ce moment se résumait dans les douches d'air avec la poire de Politzer, la paracentèse du tympan et les lavages de l'oreille.

Mais dans l'occident de l'Europe, notre spécialité commença à faire du progrès. Le premier véritable spécialiste qui nous arriva de l'Ecole de Vienne fut le Dr Marcel. Dans sa grande pratique et aux consultations de Brancovenaca il montra l'importance de cette spécialité pour les malades et pour la Médecine. A la Faculté il n'y avait pas de chaire, il n'y avait pas de service pour la spécialité dans les hôpitaux. D'où impossibilité de faire des élèves. C'est alors qu'en 1894-1895 le Dr Marcel, entouré d'un groupe de médecins, fonda la Polyclinique « Reine Elisabeth » qui existe encore aujourd'hui, pour les malades nécessiteux et qui a rendu et rend encore beaucoup de services dans toutes les spécialités. A cette polyclinique, et sous les auspices du Dr Marcel, apparaît son élève le Dr H. Neuman. Vient ensuite le Dr Orescu, qui, appuyé par le grand chirurgien Leconte, fait les consultations d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôpital Filantropia, ayant la faculté de travailler et d'opérer tous les cas de spécialité. Ces deux spécialistes : Marcel et Orescu ont montré aux médecins ce qu'est et ce que peut faire la spécialité pour le bien des malades.

En 1896, deux autres spécialistes, Costiniu et Eug. Félix, commencent leur activité. Felix est nommé agrégé, mais sans chaire ; on lui met à sa disposition une salle pour consultation à l'hôpital Coltzea, mais le cours n'étant pas obligatoire, n'est fréquenté que par 2 ou 3 étudiants. Costiniu ouvre une consultation à l'hôpital Filantropico,



qu'il conduit jusqu'en 1916. Costiniu entreprend dans les villes de province, où il n'y avait pas encore de spécialistes, des conférences sur la surdité et une campagne d'opérations des végétations, aidé par le Dr Metianu. Comme docent il fit des cours peu fréquentés par les étudiants parce que non obligatoires.

Actuellement l'état est le suivant : Il y a une chaire de clinique oto-rhino-laryngologique mais sans service de clinique. Il y a deux consultations d'O.-R.-L. à Coltzea et à Brancovenausia. De même à la Polyclinique « Regina Elisabeto ». A Cluj chaire sans hôpital. Rien qu'un service de consultation. Le nombre des médecins spécialisés sont à Bucarest d'une vingtaine. Il y en a aussi à Jassy, Galati, Craiova, Brailo, Constanto ; à Brasov, Cluj, Oradia-Mare, Arad, Fimisoore, Cernuanti, Chisinau. Les médecins ont fini par reconnaître l'importance de notre spécialité et les malades sont envoyés aux laryngologistes. Malheureusement pas toujours à temps car les jeunes médecins ont très peu de notion d'O.-R.-L. En conclusion Costiniu recommande aux autorités de donner plus d'importance à l'étude de l'O.-R.-L. sur les bancs de la Faculté et dans les hôpitaux. La création d'une clinique O.-R.-L. est indispensable. De même la création de consultation d'O.-R.-L. dans tous les hôpitaux des villes où il y a des spécialistes. C'est ainsi que l'oto-rhino-laryngologie pourra faire des progrès pour le bien de la science et des souffrants.

Dr Colonel BRATISCU VIRGIL fait l'historique de l'oto-rhino-laryngologie militaire et capitaine Dr VASILIU celui de la création du service d'O.-R.-L. de l'hôpital militaire R.-E. Dr DAVID-GALATI fut le premier spécialiste qui pratiqua dans une ville de province en 1902, l'oto-rhino-laryngologie. Il travailla longtemps dans le service de chirurgie du Dr Carnabel. En 1916 on créa pour lui un service d'O.-R.-L. dans l'hôpital militaire de Galat dont il est encore le chef. Il passe en revue les progrès de la spécialité à l'étranger et en Amérique.

Il propose, et le Congrès vote que pour chaque Congrès, des spécialistes soient chargés de rapports sur des questions intéressant le plus grand nombre.

#### PREDESCU-RION. — Contribution à l'étude pratique de l'amygdalotomie.

Il établit les indications de l'une et de l'autre opération. Il insiste sur les causes de l'hémorragie dans l'amygdalectomie surtout ; avant d'intervenir il fait la ligature du hile de l'amygdale avec un catgut et, depuis cette pratique, il n'a plus jamais eu de l'hémorragie.

DAVID-GALATI met au point les indications de l'amygdalectomie très employée en Amérique. Dans un cas d'endocardite lente chronique, dans un autre avec des phénomènes de thyroïdisme latent, il a fait des amygdalectomies. Les méthodes sont multiples. Le principe est unique : enlever toute la capsule. Souvent le pôle supérieur de l'amygdale est caché. Inciser le pilier et avec le doigt ou avec une pince, on l'enlève de la loge. Puis avec l'anse froide ou avec la pince de Ruault on coupe toute l'amygdale. Les hémorragies, David les a arrêtées avec la pince de Péan ou par compression avec un tampon

imbibé de pommade iodoformée. Il ne croit pas nécessaire la ligature d'un hile car à proprement parler il n'y a pas de hile. En résumé amygdalotomie lorsque la masse de l'amygdale est gênante; amygdalectomie lorsque le tissu est pathogène d'ordre général. L'hémorragie provient de la capsule qui, étant fibreuse est vasculaire. Anesthésie locale: novocaïne 1/200, 30 grammes; III gouttes d'adrénaline au millième. On en injecte dans les piliers antérieurs et postérieurs et derrière l'amygdale. On attend vingt minutes et on opère. DAMITRIU et BRATISCU disent qu'à Paris on opère beaucoup avec la pince de Ruault, ORISCU opère depuis longtemps et n'a pas eu d'hémorragie. La ligature du hile n'est pas utile, celui-ci n'existant pas.

PREDESCU, quant à l'anesthésie, injecte les piliers et va avec la pointe de l'aiguille jusqu'au hile dont il soutient l'existence.

#### DAVID-GALATI. — Strictures œsophagiennes.

On trouve ces strictures dues aux caustiques, dans 3 points: aux deux extrémités de l'œsophage et au niveau des ramifications des bronches. Il cite un cas où la stricture partait de la base de la langue, passait comme un pont au-dessus de l'épiglotte et arrivait au pharynx. Les strictures du cardia forment souvent une fissure semblable aux fissures anales, qui donne des spasmes et des cicatrices du cardia. Il en résulte des dilatations de l'œsophage au-dessus de la stricture, d'une capacité de 500 à 1.000 grammes. Ces strictures sont très rares dans les cas de syphilis. La forme anatomique de ces strictures peut être en anneau, en anneaux superposés et cylindriques de quelques centimètres de hauteur. Le traitement en est très difficile, car en dehors de la hauteur du cylindre le tissu est un procès d'hypertrophie granuleuse. David conseille le traitement préventif des strictures, c'est-à-dire immédiatement ou quelques jours après l'accident, à l'aide de sondes molles en caoutchouc. De cette façon les sténoses sont évitées. Pour les sténoses formées il introduit une sonde filiforme dans la sténose qu'il laisse en place vingt-quatre heures. Pour la maintenir en place il introduit une sonde Nélaton par le nez dans le pharynx, il fait sortir le bout inférieur par la bouche, il attache par un fil le tube filiforme au bout inférieur de la sonde qu'il retire de nouveau par le nez et l'attache aux oreilles. Le lendemain il introduit un autre tube d'un calibre plus gros dans la stricture qu'il laisse de nouveau en place vingt-quatre heures et ainsi de suite. Dans les formes cylindriques granuleuses aucun traitement n'est efficace.

ORESCU a obtenu beaucoup de résultats favorables avec les injections de fibrolysine comme adjuvants aux dilations.

Ni BERNSTEIN, ni DAVID n'ont obtenu de résultats favorables avec la fibrolysine.

#### NEUMANN. — Influence de la glande hypophysaire.

Cas avec troubles hypophysaires sans symptômes complets acromégaly ou adiposo-génital mais avec de l'amaurose, maux de tête et coryza. Aucun résultat à la suite du traitement. Le diagnostic a été posé d'après les antécédents collatéraux, une sœur de la patiente souffrant des mêmes symptômes.

PREDESCU-RION croit plutôt à une syphilis lamellaire, d'autant plus que la maladie s'est présentée chez deux membres de la même famille et qu'elle a cédé au traitement spécifique.

#### L. MAYERSOHN. — L'oto-rhino-laryngologie dans les écoles.

Depuis bien des années Costiniu et Métienu travaillent, sans succès hélas! pour l'introduction de médecins laryngologues auprès de toutes les écoles de Roumanie, là où il y a des spécialistes, et des commissions de laryngologues qui visitent une fois par an les écoles des villes et villages même, où il n'y a pas de spécialiste. Cela se fait dans beaucoup de pays. La communauté juive de Bucarest, qui entretient 17 écoles, les a pourvus non seulement de médecins, mais aussi d'un spécialiste laryngologue. Chaque école est visitée deux fois par an par le laryngologiste. Une fois on examine tous les enfants, on établit les diagnostics et on traite les enfants atteints d'une affection médicale du nez, des oreilles ou de la gorge. Une seconde fois quand les enfants porteurs de végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales, polypes, etc., sont opérés. C'est la statistique de l'année scolaire 1921-1922 que Mayersohn présente au congrès.

De 3.000 écoliers examinés, 531 ont été trouvés malades d'une affection oto-rhino-laryngologique; 67 ont eu des affections médicales: otite, coryza chroniques, bouchons de cérumen, corps étranger du conduit, ozène, eczéma des narines, des oreilles etc., 362 ont été trouvés porteurs de végétations adénoïdes. Dans 10 % des enfants examinés, 112 ont eu de l'hypertrophie des amygdales (3 % des 3.000 enfants). De ces 474 enfants 235 se sont laissé opérer, donc plus de 50 %, ce qu'on peut considérer comme un très bon résultat. Il est vrai que Mayersohn a réuni les parents de différentes écoles par série et leur a parlé de l'importance et de la gravité de la maladie et de l'utilité de l'intervention.

COSTINIU félicite Mayersohn d'avoir réussi dans cette œuvre si utile. Il rappelle les difficultés rencontrées par lui surtout dans les écoles de province où les parents s'opposaient à toute opération. Il propose que la Société roumaine d'oto-rhino-laryngologie intervienne auprès des autorités compétentes pour introduire obligatoirement la visite des enfants des écoles par un laryngologue et qui, par des conférences, faire apprendre aux parents l'utilité pour leurs enfants de leur enlever végétations et hypertrophie des amygdales.

#### PREDESCU. — Considérations sur la maladie de Gerlach.

PREDESCU expose l'observation d'un malade sans antécédents, dyspnéique dès l'enfance. A l'examen on constate que les cordes vocales sont peu mobiles à cause de la paralysie des dilatateurs de la glotte. Wassermann négatif. D'ailleurs le traitement spécifique n'a donné aucun résultat. Predescu croit que cette maladie est d'origine toxico-infectieuse. Le traitement électrique est resté sans succès.

On décide que le 2<sup>e</sup> Congrès se tiendra en octobre 1923 à Bucarest.

Sujets adoptés : 1° L'otite moyenne suppurée des nourrissons. Rap-  
porteurs : David et Predescu-Rion.

2° Radiothérapie et curiethérapie en oto-rhino-laryngologie. Rap-  
porteur : Professeur D. N. J. Métianu.

3° Vaccinothérapie de l'ozone. Rapporteurs : Tempca et Vasiliu.

Compte rendu par L. MAYERSOHN.

---

*Séance du 25 novembre 1922.*

**SELIGMAN. — Angine de Ludwig.**

SELIGMAN présente une jeune fille, âgée de 18 ans qui brusquement sentit sa langue grossir et la température monter. Grande difficulté de la parole. La région sous-maxillaire est prise et devient dure. Les amygdales sont intactes, les mouvements des mâchoires et de la langue très réduits. La parole devient inintelligible. Incision en forme de V avec le bistouri, d'un côté à l'autre de la région sous-linguale. Pas une goutte de pus. Mèche. Après trois jours amélioration. Puis guérison.

**SELIGMAN. — Le mécol.**

Nouvelle préparation antisypilitique qu'il juge supérieure aux autres sels mercuriaux. Il a l'avantage sur ceux-ci de contenir 20 % de mercure, 2 % d'argent, ne donne jamais d'intoxication et n'a pas les contre-indications des autres préparations : 1° on peut introduire par le mécol une plus grande quantité de Hg à chaque série d'injections. La maladie est ainsi modifiée que dans les cas les plus rebelles on n'a pas eu de récidives même après huit mois ; 2° on peut l'associer au néosalvarsan et à l'iode pour intensifier le traitement ; 3° la durée du traitement peut se réduire à 18-24 mois ; 4° la réaction de Wassermann devient négative après la première série d'injections.

Le traitement se fait par des injections intraveineuses de 1 à 8 centimètres cubes par injection de deux en deux jours. On peut faire des injections intrarachidiennes, tous les trois jours à dose de 1/4-1/2 et même 1 centimètre cube (Pr Obrega) On peut employer le mécol par l'électro-ionisation. Ce médicament, invention du Dr Rosculet donne des améliorations dans 75 à 80 % des cas.

**MAYERSOHN. — Aphonie hystérique.**

MAYERSOHN présente une jeune élève de lycée, âgée de 14 ans qui, au milieu du dîner, à la suite d'une observation faite par un professeur, eut une extinction totale de la voix qui dure depuis cinq mois. A la laryngoscopie rien d'anormal. Elle ne parle qu'en chuchotant. Tout traitement a échoué. Ni la preuve par le bleu de méthylène, ni la chloroformisation, ni le traitement électro-faradique n'ont dénué la moindre amélioration. La psychothérapie a eu le même résultat



nul. On ne peut pourtant pas poser un autre diagnostic qu'aphonie hystérique. Cet état dura un an. Pendant la descente dans une mine de sel, à Slanic, la jeune fille prit peur, poussa des cris et recouvra depuis la voix.

**COSTINIU. — Migration d'un corps étranger (aiguille) du larynx.**

COSTINIU rapporte le cas d'une dame qui, en 1899 (il y a donc vingt-trois ans) avala une aiguille, qu'elle sentit pendant quelques jours dans la gorge, puis dans le larynx, avec des symptômes laryngiens aigus. Après un certain temps, la dame se rétablit. Quatre ans après, cette dame sentit des piqûres dans le flanc gauche. A la palpation on sent l'aiguille. Après deux jours disparition des piqûres et de l'aiguille. Deux ans plus tard, au même flanc, l'aiguille et les piqûres apparaissent de nouveau. Après la guerre l'aiguille apparaît sous un genou. Il y a quelques jours on sentait l'aiguille à la plante du pied. Après quatre jours de douleurs à la radiographie, on ne voit aucune aiguille et la douleur disparaît. Le cas est intéressant par l'évolution et l'instabilité de cette aiguille.

---

*Séance du 12 janvier 1923.*

**MAYERSOHN. — Corps étranger (aiguille et son fil) laryngo-œsophagien.**

Il y a dans la cuisine israélite un plat qu'on appelle cou farci : on introduit dans la peau du cou, débarrassé de tout son contenu anatomique, différents aliments hachés et puis on recoud la peau à l'aiguille et au fil. Il arrive souvent que la cuisinière enlève l'aiguille tout en laissant le reste du fil. Mais il arrive aussi que non seulement le fil, mais aussi l'aiguille est oubliée et le cou farci est servi avec l'aiguille et son fil.

Il y a quelques jours, un jeune étudiant vint en hâte me consulter pour des picotements dans la poitrine qu'il ressentait après avoir mangé du cou farci et qu'il soupçonnait provenir d'une aiguille qu'il aurait avalée. Très inquiet et pas d'autres symptômes que de la douleur lorsqu'il avale.

Au laryngoscope j'aperçois deux bouts de fil blanc croisés autour de l'épiglotte sur sa face linguale. Je me rends compte que le salut réside dans ces deux bouts de fil. Je recommande l'immobilité complète du larynx, je cocaïnise par pulvérisation, et puis à l'aide d'une pince, je saisis les deux bouts de fil à la fois avec beaucoup de précaution et d'angoisse, ayant peur qu'un de ces bouts de fil ne m'échappe. Je tire et j'ai la satisfaction de voir apparaître, au bout de 20 centimètres de fil, l'aiguille qui s'était enfoncée à temps dans la paroi de l'œsophage. Car si elle était descendu de 4 ou 5 centimètres encore, les deux autres bouts seraient entré aussi dans l'œsophage et son extraction si simple aurait été devenue impossible.

**COSTINIU (de Naples).** — **Un cas de lupus tuberculeux d'origine endo-nasale.**

COSTINIU présente un malade intéressant aussi bien par la forme caractéristique du lupus, que par son évolution. La maladie débute par le nez en octobre 1921, prend le pharynx, par les canaux lacrymaux elle s'étend autour de l'orbite. Actuellement le pharynx ainsi que le voile du palais et les piliers ont des tubercules très prononcés sur une grande étendue. Le malade a la voix nasonnée mais ne se plaint d'aucune douleur. Le traitement par l'acide lactique n'a eu qu'un résultat très médiocre.

**BERNEA.** — **Obstruction cicatricielle des narines post-varioliques.**

BERNEA présente une malade à qui la variole a laissé de nombreuses cicatrices sur la face et surtout sur le nez. Celles-ci sont si étendues et si profondes que les narines en sont complètement obstruées. Sous anesthésie chloroformique les orifices des narines ont pu être rouverts et leur fonctionnement rétabli.

---

*Séance du 12 mars 1923.*

**VASILIU.** — **Une anomalie curieuse : dent ayant évolué dans le nez, la racine en bas, la couronne en haut.**

Malade, vu dans le service du professeur Nicolau, souffrant depuis cinq ans. Début par une petite ulcération d'un lobule nasal qui petit à petit se transforme en une gomme du nez avec tout son cortège, destruction des os du nez et d'une grande partie du septum nasal. Dans la fosse nasale on trouve un sequestre osseux, dur, incrusté de sels de calcium, formant rhinolithe, qu'on écrase et enlève avec difficulté. Après nettoyage de la fosse nasale, on découvre une dent dont la racine était implantée dans le maxillaire supérieur, parmi les autres racines des dents très irrégulièrement implantées. La couronne proéminait dans la fosse nasale. Le cas est intéressant aussi bien par les ravages produits par la gomme, par l'immense perforation de la voûte palatine, par les strictures qui isolaient le cerveau du pharynx buccal et par la curieuse présence de la dent dans la cavité nasale.

**PRÉDESCU-RION.** — **Labyrinthite aiguë bilatérale avec paralysie faciale unilatérale.**

PRÉDESCU-RION communique l'observation d'une femme âgée de 24 ans, qui depuis dix-huit mois a vu son ouïe diminuer progressivement à la suite d'une maladie fébrile (grippe, fièvre typhoïde), qui avait duré quarante à cinquante jours. L'audition s'était améliorée après la maladie pour très peu de temps, pour diminuer petit à petit jus-

qu'à la disparition presque complète. Une déviation de la bouche vers la gauche survint tout dernièrement,

A l'examen l'audition est abolie des deux côtés. Il y a paralysie faciale droite, avec paralysie du voile du palais du même côté, du pharynx et de l'oculo-moteur externe (lorsque la malade ferme les yeux, le globe oculaire se dévie en dedans et en haut). Subjectivement la malade dit avoir une incertitude de la marche. Le Wassermann est négatif. L'auteur croit que la lésion anatomo-pathologique se trouve dans les noyaux des nerfs cérébraux respectifs, car on connaît l'étroit voisinage anatomique où se trouvent ces noyaux par rapport au 4<sup>e</sup> ventricule.

FOTIADÉ conteste l'exactitude du diagnostic et de *labyrinthite* et d'*aiguë*. Le seul symptôme subjectif de marche incertaine sans examen de Barany n'est pas suffisant pour dire labyrinthite, même s'il y a aussi de la surdité et la maladie n'est plus aiguë après un an et demi. Quant à la déviation du globe en dedans et en haut lorsque les yeux sont fermés, ceci est tout à fait normal.

PREDESCU-RION. — Si je n'ai pas cherché les épreuves de Barany sur le nystagmus vestibulaire, j'ai cherché en revanche le signe de Romberg, celui de von Slein, l'épreuve galvanique jusqu'à 22 milliam-pères. De tout l'ensemble j'ai déduit le diagnostic de labyrinthite. Je reconnais qu'elle est chronique et non pas aiguë. Je suis d'avis que le processus s'est passé dans les deux labyrinthes et un autre processus destructif, dans les noyaux du bulbe de la moitié droite. Je ne puis m'expliquer autrement les lésions de l'oculo-moteur et du facial. Je dis que la labyrinthite est bilatérale car comment expliquer la surdité du côté gauche ? Comment expliquer que le même processus central se fût étendu sur la moitié gauche du bulbe et ici ait détruit les noyaux de l'acoustique sans léser d'autres noyaux de la moitié droite ?

FOTIADÉ au lieu de supposer deux processus différents, dont nous n'avons aucun indice clinique, il est beaucoup plus probable qu'il n'a existé qu'un seul processus morbide : une méningite basilaire et, consécutivement, une paralysie multiple des nerfs craniens. Il est très facile d'expliquer que le nerf acoustique, le plus fragile des nerfs centraux, s'est détruit le premier et puis le facial, vu la grande différence de résistance de ces deux nerfs. Il y a des pièces anatomo-pathologiques où l'on voit cette destruction de l'acoustique suivie de celle du facial où l'on a trouvé une plaque de méningite circonscrite dans le manchon qui enveloppe les deux nerfs accolés tout le long du conduit auditif interne. La lésion de l'acoustique gauche s'explique par le même processus méningé dont la capriciosité dans les lésions des tronc nerveux est suffisamment connue.

Quelle peut être l'étiologie de ces lésions ? Une ancienne maladie (typhoïde ou méningite) ou peut-être encore une syphilis ignorée. On aurait dû faire l'analyse du sang et surtout du liquide céphalo-rachidien. Berger et Pel d'Amsterdam, cités par Collet dans son article : *Syphilis de l'oreille*, ont étudié un cas de paralysies multiples des nerfs craniens dues à une méningite basilaire syphilitique. C'est un traitement syphilitique qu'on aurait dû instituer.

---

*Séance du 2 avril 1923*

**BERNEA. — Ulcération du conduit auditif externe avec bacille de Vincent.**

BERNEA a eu jusqu'à présent 3 cas semblables guéris par le néosalvarsan. Le dernier cas se présentait avec une ulcération étendue sur le conduit, profonde, le contour bien défini, avec du pus abondant de la couleur du chocolat, très mauvaise odeur. Douleurs fortes surtout la nuit.

De ces trois cas Bernea tire les conclusions suivantes : 1) Le bacille de Vincent se localise également sur le conduit auditif externe, mais assez rarement ; 2) Cette localisation est favorisée par des érosions du conduit ou par des otorrhées ; 3) L'ulcus est très douloureux surtout la nuit ; 4) Il guérit à la suite de deux ou trois injections de néosalvarsan.

**BERNEA. — Calcul du canal de Warthon.**

Il s'agit d'un malade, âgé de 20 ans, avec une rétention salivaire qui a provoqué une tuméfaction de la glande sous-maxillaire ayant atteint la grosseur d'une mandarine. Depuis trois jours impossibilité de s'alimenter à cause des douleurs. Par l'élimination du calcul, la douleur cesse, le malade peut se nourrir et tout rentre dans l'ordre.

**BERNEA. — Fausse hémorragie otique après trépanation mastoïdienne.**

Cas d'hémorragie otique, trois nuits consécutives, un mois après l'opération. L'hémorragie, très alarmante, provenait de la narine droite, le sang par la trompe et la caisse entraînait dans le conduit et tachait le pansement. Cautérisation de la zone de l'épistaxis. Cessation de l'hémorragie.

*Compte rendu par le Dr MAYERSOHN.*

---

**SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE (1)**

*Séance du 26 novembre 1923.*

**E. URBANTSCHITSCH. — Signe de la fistule d'Hennebert bilatéral et exclusion labyrinthique au cours d'une syphilis héréditaire. Retour des restes auditifs après injections de pilocarpine.**

Le titre résume suffisamment cette communication.

1. C. R. d'après *Mon. f. Ohr.*



**E. URBANTSCHITSCH. — Labyrinthite post-opératoire.**

Malade évidée antérieurement. A cause de la présence de granulations au niveau du tegmen et de violentes céphalées, on l'explore dans le but de rechercher un abcès cérébral. Exploration d'ailleurs négative. Mais deux jours après, alors que cependant on n'avait eu à donner que des coups de maillet très légers et peu nombreux, il se développe une labyrinthite typique. Ce qui prouve que l'ébranlement du crâne n'est pas seul en cause dans la production de cette dernière. Et sans doute faut-il faire intervenir des facteurs chimiques (iodoforme sur des vaisseaux ouverts, prédisposition individuelle).

RUTTIN est satisfait d'apprendre qu'on n'a rien trouvé dans le cerveau de cette malade. Après sa radicale, elle avait en effet continué à se plaindre de violentes douleurs. Aussi l'avait-on mise en observation et il avait finalement conclu à de l'hystérie.

**CÉMACH. — Paratuberculose des deux mastoïdes.**

Mastoïdite bilatérale subaiguë chez un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire chronique. A l'opération, violente inflammation de la muqueuse. Au microscope pas de modifications histologiques spécifiques. L'étiologie fut montrée par l'injection de tuberculine qui détermina une réaction typique du foyer. Pas de réaction après injection de protéine.

**CÉMACH. — Otite à streptococcus mucosus et abcès extradural, compliqué d'un hématome intracranien.**

Otite subaiguë chez un artério-scléreux de 58 ans. Puis violents maux de tête du côté malade qu'on attribue à une sinusite maxillaire. Au moment de la ponction, contractures et vomissements. Au bout de deux heures, cécité; puis épilepsie jacksonienne et coma. Au bout de trente-six heures, toutes les manifestations disparaissent. Plus tard, mastoïdite. L'opération montre un volumineux abcès extradural. L'auteur admet deux foyers: un abcès extradural et un hématome sous-dural.

**SCHLANDER. — Otite moyenne suppurée chronique. Cholestéatome. Abcès péri-sinusal. Thrombose sinusienne évoluant sans fièvre après l'opération.**

Rien à ajouter qui ne soit indiqué par le titre de la communication.

**RUTTIN. — Masque protecteur pour l'examen du larynx et de la gorge.**

**O. BECK. — Septico-pyohémie otogène avec exanthème septique.**

Une des particularités de ce cas, terminé par la mort, fut, en dehors de métastases multiples, la présence de nodules variqueux sur la paroi du sinus.

# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

LOUIS SAMENGO. — **Immobilisateur lingual.** *Semano medica de Buenos-Aires*, año XXX, n, 1527.

Le but de l'immobilisateur lingual du Dr L. Samengo est, dans les opérations sur le naso-pharynx ou l'hypo-pharynx, de supprimer l'aide chargé de maintenir la langue.

Pour cela il a adjoint à l'ouvre-bouche de Whitehead un abaisse-langue compresseur du genre de celui du Dr Escat, qui coulisse sur le mors supérieur.

La langue est alors comprimée et amenée en avant ce qui permet un large accès sur le pharynx inférieur. L'auteur entoure son abaisse-langue d'un isolant pour permettre la pratique de l'électro-coagulation sans que la langue risque d'être cautérisée. Pour les opérations très sanglantes il a fait fixer sur l'abaisse-langue un aspirateur tubulaire relié à une pompe électrique ce qui permet d'arrêter l'irruption de sang ou de pus dans les voies aériennes.

Dr RICHARD.

WATSON WILLIAM. — **Cocaïne et autres corps qui peuvent la remplacer.** *British medical Journal*, 1<sup>er</sup> décembre, p. 1018.

La dose mortelle de cocaïne pour l'homme par injection sous-cutanée ou par ingestion buccale apparaît entre 12 et 25 milligrammes par kilo. Pour les injections sous-cutanées en solution faible (1/4 %) on n'emploiera qu'une dose de 3 grains. L'absorption par les muqueuses est souvent rapide. L'addition de l'adrénaline diminue les dangers de l'injection. Mais la solution d'adrénaline doit être au 1/100.000 pour injection, au 1/10.000 pour attouchement des muqueuses.

L'auteur cite ensuite 42 morts dues à d'autres corps (stovaïne, novocaïne).

Le chlorhydrate de cocaïne, en solution faible, est stable, à moins qu'il ne devienne alcalin. On peut ajouter à la solution, 1/2 % d'acide salicylique.

Se méfier de la butyne.

KAUFMANN (Angers).

WILLIAM HILL. — **De la butyne (butyn) comme anesthésique local dans les interventions sur le nez et la gorge.**

La butyne n'est pas un dérivé de la cocaïne. Elle est de la série des butyles. Elle est plus anesthésique que la cocaïne ; elle est moins toxique. Elle n'est pas ischémique. Elle peut être bouillie. D'après sa pratique, Hill préfère la cocaïne jusqu'à nouvel ordre.

KAUFMANN (Angers).

W. LEIGHTON. — **Organothérapie dans les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge.** *Brit. Med. journal*, 1923, p. 979.

Leighton a souvent observé l'augmentation de volume de la thyroïde dans les suppurations du nez et de l'oreille. Il ordonne de petites doses d'extrait thyroïdien pour augmenter la sécrétion de la thyroïde et combattre de la sorte l'infection.

Il faut rechercher dans tous les cas de goitre exophtalmique s'il existe des amygdalites ou des sinusites nasales suppurées.

De même pour l'hypophyse, en cas de sphénoïdite, de céphalgie occipitale. Il cite le cas d'une femme de 38 ans qui avait de la céphalée occipitale, qui fut guérie par l'ingestion d'hypophyse.

En cas de certaines surdités labyrinthiques, il est bon de rechercher la glycosurie.

Dans l'hypertension, on observe souvent des surdités nerveuses, avec bourdonnements. Dans ces causes, il est bon de donner des cachets pluriglandulaires. Il faut rechercher s'il existe de l'hyperadrélaninémie. Dans ce cas, grands lavements, diminution de la viande, de l'alcool; exercices fréquents; supprimer tout travail mental. On pourra prescrire de l'extrait pancréatique, antagoniste de l'adrénaline. Chez l'homme, on pourra donner de l'extrait orchitique; chez la femme de l'extrait ovarien. La thyroïde est également indiquée.

Les glandes sexuelles, l'adrénaline (en cas d'affection post-grippale), l'extrait de glandes mammaires, l'extrait ovarien donneront parfois de bons résultats.

Hypothyroïdisme. Se rappeler que le crétinisme existe souvent chez les sourds-muets (bourdonnements). Le myxœdème peut être fruste. Il faut rechercher les petits symptômes. L'extrait thyroïdien sera très utile en pareils cas.

KAUFMANN (Angers).

S. GUSSIO. — **Sur la signification biologique et sur la valeur diagnostique du quotient albuminoïde du sérum sanguin chez les cancéreux.** *Tumori*, an X, fasc. 1, 1<sup>er</sup> août 1923, page 1.

Dans les néoplasmes la cellule perd sa forme et sa fonction spécifique devenue cancéreuse, elle élabore des produits fonctionnels, des produits de dégénération, enfin des substances qui entrent dans la composition des néoplasmes.

On aurait pu penser que chez les cancéreux la recherche des variations des globulines, et nucléo-protéines donneraient des renseignements intéressants; malheureusement ces réactions ne sont pas spécifiques.

Seul de ces réactions, le quotient albuminoïde, c'est-à-dire la proportion de sérine et de globuline, peut avoir un intérêt pronostique, mais même là de nombreuses exceptions lui ôtent une valeur pratique quelconque.

A. AUBIN.

ROOSEN. — **Chimiothérapie des tumeurs malignes.** *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. XLIX, n° 17, 27 avril 1923, p. 538 à 541, n° 18, 4 mai 1923, p. 577 à 578.

La chimiothérapie des tumeurs malignes par l'injection intraveineuse de bleu d'isamine et de novarseno-benzol est une méthode qui

pour Roosen ne doit pas être dédaignée. Elle constitue une méthode d'avenir contrairement à la radiothérapie dont la vogue est disproportionnée avec les résultats obtenus. Cette chimiothérapie qui, au début, a donné des résultats négatifs, commence à avoir des résultats intéressants. Un cancer ulcéré de la région amygdalienne gauche avec propagation à la langue, à la joue, au maxillaire, accompagné d'une grosse réaction ganglionnaire est entré en régression après dix jours d'un traitement composé de : solution de bleu d'isamine (135 centimètres cubes injectés) et 7 centigrammes de novarséno-benzol intraveineux.

A. AUBIN.

H.-S. PATERSON. — **Les résultats du traitement opératoire du cancer sont-ils meilleurs qu'il y a 20 ans ?** *Brit. medic. Journ.* n° 2374, 29 septembre 1923, p. 556.

Paterson ne le croit pas : il se base sur les statistiques de Willet et de Bryant depuis vingt-cinq ans. En moyenne, ces chirurgiens ont observé 42 % de guérison après trois ans, 33 % après cinq ans ; or les interventions étaient faites selon des méthodes qui paraissent surannées, elles étaient surtout très limitées. Les statistiques d'Halsted et de H. Gripps ne sont nullement supérieures aux précédentes, elles sont tout au plus égales.

Paterson estime que les opérations larges sont inutiles parce qu'il pense que les cellules cancéreuses éparses dans les tissus sont détruites par ceux-ci après l'exérèse de la tumeur principale. Il prétend de plus que les ganglions doivent être toujours enlevés secondairement après la tumeur, parce qu'ils forment une barrière efficace contre le cancer.

Dans toute intervention sur un néoplasme, il est rationnel : 1° d'enlever la tumeur primitive, 2° d'enlever les ganglions lymphatiques qui ont pendant ce laps de temps détruit les cellules cancéreuses malades.

Paterson a obtenu pour cancer de la langue 4 survies depuis six ans en appliquant cette technique opératoire.

A. AUBIN.

J. MOLINÉ. — **Téléloupe binoculaire.** *Acta Oto-Laryng*, vol. V, f. 4, p. 408.

Cet appareil est, comme son nom l'indique, une loupe permettant de voir avec les deux yeux et avec un fort grossissement les petits objets, tout en se tenant à une assez longue distance d'eux.

En l'espèce on peut avoir un grossissement de  $6 \times 10$  entre 35 et 15 centimètres de distance frontale.

Cette téléloupe est munie d'un photophore venant projeter ses rayons sur le point à examiner ; elle est en outre montée sur un bandeau frontal qui permet de la placer au devant des yeux avec une fixité suffisante pour qu'elle s'y maintienne sans le secours des mains, qui restent libres pour toutes les manipulations auxquelles on dési-rera se livrer sous le contrôle de la vue amplifiée. Les applications de cet appareil sont multiples en médecine ; les otologistes, les oculistes, les dermatologistes, les médecins légistes retireront un grand



bénéfice de son emploi. En chirurgie, la télé loupe est indiquée pour les opérations, sur l'œil, le labyrinthe, les vaisseaux et les filets nerveux.

L'auteur a, en outre, adjoint à son appareil un dispositif permettant à des observateurs supplémentaires de voir en même temps que l'observateur principal, l'objet de ses explorations.

Enfin, deux appareils photographiques peuvent prendre place sur la télé loupe et permettre la prise de vues stéréoscopiques de toutes les cavités qui font l'objet de nos explorations, telles que l'oreille moyenne, le nez, le naso-pharynx, le pharynx, le larynx, etc...

*Résumé par l'auteur.*

V. NASIELL. — **Verres de protection et de grossissement sur le Réflecteur binoculaire de Clar.** *Acta Oto-Laryng.*, vol. V, f. 4, p. 456.

L'auteur a fait construire un dispositif optique qui s'attache sur le côté postérieur du réflecteur de Clar et qui comprend aussi bien des verres plans de protection que des verres de grossissement de puissance différente. Le grossissement va jusqu'à 1 à 1 fois 1/2. L'instrument permet d'examiner et d'opérer dans les circonstances où les dimensions de l'objet visé se trouvent à la limite ou juste au-dessous de la limite de la capacité visuelle de l'œil nu normal. L'auteur fait ressortir combien le travail se trouve facilité par ce petit grossissement qui, à l'opposé de l'usage immédiat d'un fort grossissement, n'a pas pour effet de désorienter l'observateur. Il est d'avis que les forts grossissements, actuellement du moins, n'ont de valeur que principalement pour la chirurgie expérimentale. Il faut ajouter que ce simple dispositif optique sur le Réflecteur de Clar dont l'usage s'est généralisé et qui actuellement se laisse fixer sur la tête d'une façon sûre et agréable, est léger et d'un prix modéré ; de plus, qu'il ne se forme pas de buée sur les verres et que l'opérateur peut lui-même instantanément changer le grossissement, sans compromettre l'asepsie.

*Résumé par l'auteur.*

VERNIEUWE. — **Le signe de l'inégalité pupillaire ou signe de Roque en oto-rhino-laryngologie,** *Revue oto-neuro-oculistique*, n° 9, nov. 1923.

Mydriase ou myosis, paralysie ou excitation, lésion de la III<sup>e</sup> paire ou du sympathique, le problème souvent complexe est d'abord posé par l'auteur avec les données fournies par les épreuves oculaires à la cocaïne, à l'atropine, à l'ésérine.

Il cherche ensuite à expliquer le myosis constaté dans les amygdalites et périamygdalites phlegmoneuses.

Le myosis est souvent latent. On peut le faire apparaître en instillant dans l'œil un collyre au chlorhydrate de cocaïne à 4 %. Le côté sain se dilate, le côté en myosis reste sans changement. En effet le myosis est dû à l'excitation de la III<sup>e</sup> paire, excitation partie des nerfs du voile du palais, aboutissant au ganglion de Meckel et passant par un filet inconstant dans le ganglion ophtalmique.

On le rencontre dans toutes les affections phlegmoneuses du voile, dans les tumeurs du sinus ayant déterminé de violentes névralgies et envahi la bouche.

L'anisocorie peut être due aussi au sympathique dans les affections ganglionnaires cervicales, consécutives aux tumeurs malignes de l'amygdale, du rhino-pharynx, du larynx.

Les pleurites du sommet, les blessures de l'œsophage par corps étranger provoquent également une mydriase par excitation sympathique avec souvent un syndrome Claude Bernard-Horner (rétrécissement de la fente palpébrale, troubles vasculaires de la joue et de l'oreille). Le spécialiste doit connaître ces différents symptômes qui établissent un contact de plus entre l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie et l'ophtalmologie.

E. HALPHIEN.

J. R. PIERRE. — **Epithélioma basocellulaire développé sur une excoriation traumatique du sillon rétro-auriculaire qui était la cause d'érysipèles à répétition.** *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, n° 3, mars 1923, p. 254-255.

La biopsie d'une petite tumeur verruqueuse développée sur une petite ulcération du sillon rétro-auriculaire montre sous un épithélium verruqueux des boyaux de cellules à type basocellulaire.

Cette observation est intéressante parce qu'elle montre : 1° Le développement d'un néoplasme sur une ulcération entretenue par un traumatisme (frottement de branche de lunette) ; 2° L'érysipèle peut ne pas ralentir l'évolution d'un cancer ; cette petite ulcération a, en effet, été le point de départ de 6 érysipèles et c'est au cours de la troisième poussée que la transformation clinique épithéliomateuse paraît s'être produite.

A. AUBIN.

TAPTAS. — **Le traitement de l'otite moyenne purulente aiguë.** *Bulletin d'O.-R.-L.*, sept. 1923.

Au début les instillations de glycérine phéniquée chaude et le traitement du coryza suffisent. La persistance des douleurs demande la paracentèse large, partant du quadrant postéro-supérieur, englobant tout le quadrant postéro-inférieur et partie de l'antéro-inférieur. Aucune contre-incision oblique d'arrière-en en avant.

La période de suppuration est traitée par des lavages d'eau bouillie mélangée à parties égales de phénosalyl à 5 % ou de sérum chaud.

Les lavages doivent ressortir par la trompe dans le rhino-pharynx. C'est une garantie de guérison. L'auteur repousse le traitement par des pansements secs quotidiens par une mèche de gaze. Ce procédé empêche le drainage.

H. PROBY.

G. MERELLI. — **Les mastoïdites aiguës sans perforation du tympan** (Parme, 1924).

Dans cette monographie de 112 pages, l'auteur nous fournit une exposition très heureuse de cette entité pathologique, qui est la mastoïdite aiguë primitive, dont l'existence a été pendant bien long-

temps contestée. Merelli admet que seules les mastoïdites traumatiques peuvent être considérées comme réellement primitives. Cliniquement il existe cependant une forme assez semblable et ce sont les mastoïdites aiguës sans perforation du tympan, c'est-à-dire les formes de mastoïdite qui évoluent sans qu'auparavant il y ait eu une perforation spontanée du tympan et avec une réaction très légère de la muqueuse de la caisse. C'est à ce type qu'appartiennent toutes les mastoïdites aiguës non traumatiques, appelées jusqu'à présent primitives et pour lesquelles la phrase classique de Lermoyez est toujours la meilleure définition pathogénique.

Merelli analyse très soigneusement l'œuvre de ses prédécesseurs, puis expose sa statistique personnelle qui comprend 17 cas. De ces observations l'auteur peut déduire que la formation des mastoïdites aiguës sans perforation du tympan est due à une série de causes qui peuvent siéger au niveau du tympan, de la caisse, de l'aditus et enfin des orifices intercellulaires. Le tympan peut être anormalement résistant, soit à cause de l'âge, soit à la suite de processus suppuratifs ou de catarrhes de la caisse, et empêcher par conséquent l'issue du pus qui se déverse alors vers l'aditus et dans les cellules mastoïdiennes. Dans la caisse l'existence des replis décrits par Arione peut avoir une grande importance, car parfois on peut constater la présence d'un repli muqueux qui s'étend de la caisse à l'antre, obstruant complètement l'aditus. Mais c'est surtout à ce dernier qu'il faut imputer la formation des mastoïdites sans otite. La muqueuse de l'aditus se gonfle en réagissant à la moindre cause inflammatoire et si l'aditus est étroit, il se produit une fermeture qui peut être complète. En outre une condition nécessaire est qu'il existe aussi une perméabilité notable de la trompe.

Il est probable que le mécanisme de formation des mastoïdites qui nous occupent est le suivant : les germes arrivés par une trompe large dans la caisse déterminent dans celle-ci seulement de légers états inflammatoires qui peuvent rapidement disparaître : l'infection poursuit son chemin, remonte l'aditus *ad antrum* très étroit et gagne les cavités mastoïdiennes. L'aditus sous l'influence de la plus petite inflammation se ferme de façon que les deux parties de l'oreille moyenne sont complètement divisées et tandis que dans la caisse l'infection s'éteint, parce que la cavité est bien aérée, dans les cavités mastoïdiennes, bien formées, elle acquiert une plus grande virulence et produit une ostéomyélite aiguë de la mastoïde. Cette interprétation est aussi valable pour les très rares infections primitives de la mastoïde par voie sanguine, où au premier signe d'inflammation de l'antre et de la muqueuse de l'aditus celui-ci se ferme rapidement et emprisonne l'infection dans la mastoïde.

MALAN (Turin).

KOUTSORODIS. — Deux cas d'abcès pérिमастoïdiens avec guérison sans trépanation. *Rev. de Laryng. d'Otol. et de Rhinol.*, n° 3, 1924, p. 95.

Koutsorodis rapporte deux observations dont l'évolution clinique semble calquée l'une sur l'autre. Observation I ; un homme de 41 ans ressent brusquement une douleur très vive de l'oreille gauche, un écou-

lement purulent s'établit en quelques heures. Quinze jours après apparaissent, dans la région rétro-auriculaire, de la douleur et du gonflement, la mastoïde est très peu douloureuse, le conduit auditif externe ne présente ni douleur ni empâtement. Koutsorodis pense à un abcès péri-mastoïdien et il fait une simple incision rétro-auriculaire qui laisse écouler une petite quantité de pus. Le lendemain les phénomènes généraux ont disparu, l'écoulement de la caisse diminue, en quinze jours la place rétro-auriculaire est cicatrisée.

L'observation II concerne une femme de 55 ans, atteinte d'otite moyenne suppurée aiguë droite. Très rapidement une tuméfaction de la mastoïde et de la région cervicale supérieure apparaît. On incise la collection rétro-auriculaire qui laisse un peu de pus s'écouler, une contre-incision est faite sur le sterno-cléido-mastoïdien : l'exploration de la mastoïde montre qu'elle est intacte. Le lendemain de l'intervention la température tombe, la douleur disparaît, en quelques jours l'écoulement de la caisse est tari et la cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire obtenue.

A. AUBIN.

R. BARANY. — **L'opération radicale sans plastique du conduit dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. La trépanation et le traitement postopératoire dans la mastoïdite aiguë.** *Franz Deuticke, Leipzig et Vienne, 1923.*

L'auteur commence par un aperçu historique de la chirurgie mastoïdienne, puis par une description de sa technique de la mastoïdectomie. Dans l'évidement pétromastoïdien l'auteur avait depuis longtemps suivi une ligne de conduite spéciale à l'égard de la paroi postérieure du conduit. Il évitait tout traumatisme du conduit en enlevant les parois par lamelles successives jusque sur la paroi molle comme dans la mise à nu du sinus, avant de procéder à la plastique. Ce procédé, de même qu'un cas un peu spécial l'amènèrent à modifier sa méthode opératoire. Il s'agissait d'un cas pour lequel pendant l'opération l'auteur hésitait encore entre une ouverture simple de la mastoïde et une radicale ; il se décida finalement pour la dernière, mais il essaya de laisser intact le conduit, en somme de ne faire aucune plastique. Les suites opératoires très favorables au début (la malade mourut d'une granulie) décidèrent l'auteur à perfectionner cette méthode ; depuis il a opéré avec succès 31 malades par ce procédé.

En voici la technique :

Utilisation de l'anesthésie régionale à la novocaïne à 1/100 adrénalinée, incision comme pour une mastoïdite simple, le décollement du périoste ne dépassant pas l'épine de Henle. Pas de décollement du conduit membraneux, l'opération se fait uniquement en arrière et autour du conduit non tamponné. En principe l'ablation de la paroi osseuse postérieure est indispensable, mais on peut se laisser guider d'après les lésions. La recherche de l'antre se fait à la curette (forme spéciale dont le manche se termine insensiblement en cuiller sans être plus mince qu'elle). Si l'on tombe sur du cholestéatome, on l'enlève à la seringue, procédé le plus doux, surtout indiqué dans les cas compliqués de fistule labyrinthique, dans lesquels l'anesthésie régionale est seule indiquée ; car l'auteur ne va pas à la recherche systé-



matique de la fistule, l'apparition de vertige étant une indication suffisamment précise que l'instrument a touché l'endroit de la fistule. Dans ce cas il ne faut pas curetter les granulations suspectes ; en procédant ainsi l'auteur a pu éviter régulièrement la complication de labyrinthite post-opératoire et les résultats auditifs déplorables qui étaient la règle dans les cas de fistule.

Après ouverture de l'antre on approfondit vers la caisse et l'on met ainsi les osselets à nu. Il importe de ne conserver l'enclume que si la membrane de Shrapnell est entière du côté de l'attique et si l'audition est bonne. Son ablation se fait par luxation sans section du ligament incudo stapédien. Le jour est alors suffisant pour voir s'il faut enlever complètement ou non le mur de la logette. Son ablation entière n'est indiquée que s'il y a une perforation du Shrapnell ou du quadrant antérosupérieur du cholestéatome, si le corps du marteau semble atteint, ou si la paroi elle-même est malade. L'auteur enlève généralement la tête du marteau, parfois même le marteau tout entier, en se servant d'une pince à emporte-pièce spéciale.

L'orifice tubaire n'est curetté que s'il est malade. S'il existe des lésions de la paroi antérieure du conduit osseux, ou du labyrinthe, l'auteur taille un lambeau temporaire qu'il récline vers le haut, pour le rabattre après l'intervention. L'ouverture du labyrinthe n'est indiquée que dans les cas d'abolition totale de ses fonctions ou de lésions stapédiennes avec phénomènes labyrinthiques. On referme comme pour une antrotomie, on contrôle la plaie au bout de vingt-quatre heures ce qui permet de tenter une guérison par première intention par la méthode du caillot sanguin.

Cette méthode a donc l'avantage d'éviter la plastique si décevante en ne touchant pas au conduit membraneux, de simplifier par conséquent considérablement les soins postopératoires. La difficulté principale est la conservation entière du conduit membraneux. Si la plaie suppure, il faut ne pas fermer trop tôt pour éviter la formation d'un abcès cloisonné en profondeur. En outre, si la caisse ne s'est pas fermée vers la mastoïde, ce qui est d'ailleurs l'exception, dans les cas de cholestéatome, une récurrence peut se produire du côté de la mastoïde. La méthode ne connaît en principe aucune contre-indication.

QUIRIN.

VACHER et DENIS. — **A propos du traitement post-opératoire des mastoïdites et de l'évidement pétro-mastoïdien.** *Bulletin d'O.-R.-L.*, novembre 1923.

Dans les mastoïdites la guérison est fonction d'une opération complète et d'un traitement post-opératoire permettant le drainage, sans tamponnement irritant, entretenant la suppuration.

Il y a différents procédés : 1° la réunion immédiate totale ; 2° le pansement à plat dans une plaie ouverte en cas de streptocoques, d'infection virulente ; 3° le tamponnement par mèche, mollement tassée pendant quatre à cinq jours ; 4° à cette période la suture secondaire au huitième ou dixième jour ou bien ; 5° la continuation des pansements à plat jusqu'à guérison, en prescrivant le tamponnement comme le disait Weissmann en 1914.

Dans l'évidement pétro-mastoïdien, il faut une opération large et un drainage complet. La plaie postérieure est suturée incomplètement pour éviter la rétention dans le cul-de-sac inférieur au-dessous du conduit. On la laisse ouverte jusqu'à parfait bourgeonnement. La voie de décharge par le conduit est alors suffisante.

La plastique du conduit s'attache à élargir le méat auditif pour surveiller la cavité. Pour cela l'auteur emploie : 1° la résection de la paroi postérieure du conduit auditif jusqu'à l'orifice du méat ; 2° l'élargissement du méat par une plastique inspirée de Siebenmann. Du conduit à la conque incision en Y horizontale formant un lambeau triangulaire à base externe. Ce procédé est rendu facile par l'hydrotomie du lambeau avec du sérum au moyen d'une seringue Imperia. Le lambeau est rabattu et suturé dans la profondeur. Pansement à plat au Dakin, s'il y a infection. Cette méthode donne des résultats bien supérieurs au tamponnement systématique.

H. PROBY.

R. ZEIDLER. — **Les affections de l'appareil auditif au cours de la fièvre typhoïde.** *Mon. f. Ohr.*, t. LVIII, f. 2, p. 145.

Travail basé sur 240 cas. Zeidler a trouvé constante la complication auriculaire. Dans tous les cas la lésion typhique de l'oreille interne évolue d'une manière caractéristique : La diminution de l'audition, précoce, se produit à un moment où le diagnostic de typhoïde est encore douteux. Puis elle s'accroît avec la température et atteint un degré qu'on ne rencontre jamais dans les autres affections hyperpyrétiques (septicémie, scarlatine, tuberculose miliaire, etc.). Elle est au maximum quand la fièvre est à son point culminant. Par contre le retour à la normale est habituel. Il persiste une diminution de l'audition, seulement décelable à l'examen, mais dont le sujet ne se rend pas compte.

Dans 7 % des cas il y avait une suppuration de l'oreille moyenne. Elle évolue toujours de la façon suivante : a) Catarrhe tubo-tympanique précoce avec douleurs d'oreille ; b) vers le début de la quatrième semaine, l'inflammation s'affirme, bientôt suivie de perforation et d'écoulement ; c) malgré une évolution en apparence menaçante, la guérison survient sans destruction. Aussi les indications opératoires sont-elles souvent difficiles à poser. Dans 7 % des cas la suppuration auriculaire était associée à une lésion de l'oreille interne.

Dans 1,25 % des cas cette dernière était combinée à une lésion de l'oreille externe.

Les suppurations chroniques de la caisse subissent une poussée aiguë dès le début de la typhoïde. Aussi ces malades sont-ils ceux qui sont les plus sourds.

G. HOLMGREN. — **Quelques expériences de chirurgie de l'otosclérose.** *Acta Oto-Laryngologica*, vol. V, fol. 4, p. 460.

L'auteur rapporte quatre cas d'otosclérose où, à l'aide d'un microscope binoculaire opératoire, il pratiqua des opérations dans le but d'améliorer l'audition ; le procédé consistant dans l'établissement

d'une fenêtre artificielle au niveau du promontoire. Il résulte de ces cas qu'il est ainsi possible de créer ces fenêtres et de les recouvrir d'un lambeau muco-périosté. L'amélioration auditive qui a immédiatement suivi, a été assez considérable dans certains cas. La plus longue période d'observation est de onze mois. Aucun inconvénient n'a suivi ces opérations, à part une légère irritation vestibulaire qui disparut au bout d'une semaine.

Avec un diagnostic et une technique améliorés, l'auteur espère avoir des résultats encore meilleurs.

L'auteur.

M. CALDERIN. — **Un cas de pré-sclérose tympanique de Citelli.** *Archives Espagnoles de Pédiatrie*, n° 7, juillet 1923.

A l'occasion de ce cas, qui fut traité avec succès, l'auteur croit devoir émettre les considérations suivantes :

1° Ce que Citelli a appelé « Présclérose tympanique » est un état d'une importance pratique considérable, surtout considérée au point de vue prophylactique de la sclérose déclarée ;

2° C'est une étape de courte durée, qui apparaît de préférence dans la seconde enfance ;

3° Les malades préscléreux sont habituellement d'anciens adénoïdiens, déjà opérés et ont une hérédité otoscléreuse très manifeste.

L'observation rapportée par l'auteur vient corroborer ces faits.

Il s'agit d'un cas dans lequel on rencontre une diminution de la conduction aérienne, meilleure perception des sons aigus que des sons graves, mobilité de la chaîne des osselets et peu de symptômes otoscopiques (tympan presque normal et trompes perméables). Ce cas rentre donc bien dans le groupe des tympano-scléroses et en raison du dernier caractère signalé, c'est-à-dire, prédominance de l'altération fonctionnelle sur l'anatomique, mérite le préfixe de « Pré » indiqué par Citelli.

Tout en faisant les plus grandes réserves sur le pronostic, l'auteur se rappelant les idées de Citelli prescrit une préparation d'iodo-peptone et l'administration de chaux sous forme de tricalcine. L'enfant au bout de deux mois de traitement était amélioré et après quatre mois, on cessa la médication, le jeune malade pouvant être considéré comme cliniquement guéri (épreuves acoumétriques normales).

Toutefois en prévision de nouvelles apparitions de symptômes préscléreux, l'auteur crut bon de recommander la reprise de temps en temps du traitement calcio-ioduré.

Étant donné le peu de curabilité de l'oto-sclérose, ce cas montre l'influence heureuse que peut exercer un traitement approprié institué tout à fait dès le début de cette affection, et par conséquent l'utilité d'établir un diagnostic précoce.

L. FIOCRE.

H. BRUNNER. — **Contribution à la pathologie du labyrinthe osseux envisagée plus particulièrement au point de vue de l'otosclérose.** *Monatschr. f. Ohr.*, t. LVIII, 1924, f. 1, p. 1.

Étude détaillée de 4 cas-et envisagée plus spécialement au point de vue de la pathogénie de l'otosclérose. L'otosclérose répondait à un processus dystrophique. Celui-ci, sous l'influence d'un trouble

encore inconnu du métabolisme, se localiserait sur l'os et le tissu de soutien chondroïde de la capsule labyrinthique et se développerait sur un terrain affaibli constitutionnellement et héréditairement. Le processus aboutit à des foyers qui peuvent s'accroître par la persistance des troubles des échanges nutritifs et dont la localisation est en rapport avec la distribution des vaisseaux principaux. — 62 pages.

DAN MCKENSIE. — **La surdité labyrinthique** (Rapport à la Section laryngo-otologique de la *British medical Association*, 10 novembre 1923).

Il y a deux sortes de surdité : 1° la surdité obstructive (lésions de l'oreille moyenne) ; 2° la surdité nerveuse (lésions du nerf auditif). La surdité, dite nerveuse, est parfois insidieuse. Elle peut être provoquée par un bouchon de cérumen, par un catarrhe de la trompe d'Eustache. Un Rinne positif ne signifie pas surdité nerveuse, à moins que l'acuité auditive ne soit très réduite.

On ne peut, avec le seul diapason, diagnostiquer une labyrinthite, une surdité nerveuse, au début.

Le syndrome de Ménière est souvent dû à une labyrinthite. Et cette surdité est de la variété nerveuse.

Si, en présence d'une surdité, on ne trouve aucun symptôme de maladie de l'oreille moyenne, on peut songer à une affection du nerf.

Souvent l'on se trouve en présence d'une surdité mixte, où les symptômes d'une surdité nerveuse sont mélangés avec ceux d'une affection de l'oreille moyenne, avec Rinne négatif.

Il ne faut pas s'en rapporter aux seules épreuves auditives. On constatera qu'il y a eu préalablement des affections du nez ou du naso-pharynx. Parfois le bourdonnement est le symptôme capital. Il peut y avoir des lésions de la trompe.

Dans bien des cas, les lésions de la caisse s'étendent au labyrinthe. D'après Politzer, le labyrinthe ne se prend que dans l'otite chronique adhésive, l'oto-sclérose et la syphilis.

D'après les faits cliniques, la cause individuelle la plus commune de la surdité nerveuse est l'otite moyenne.

La surdité myxoédémateuse peut être améliorée par le traitement thyroïdien.

Dans toute surdité très prononcée, il y a lésion du labyrinthe. La limite des tons élevés est abaissée, et le Schwabach est plus court. Dans les labyrinthites, l'audition n'est jamais abolie complètement. Des otites non suppurées doubles, la surdité nerveuse progressive, la syphilis et la méningite épidémique déterminent la surdité absolue. Le zona otique et les oreillons ne déterminent, en général, qu'une surdité unilatérale.

Les maladies du limaçon sont souvent associées à la diminution ou à l'abolition complète des réflexes vestibulaires. Il s'agit alors d'une affection organique du limaçon.

Les labyrinthites aiguës sont souvent accompagnées de vertige. Il est absent dans les labyrinthites chroniques. Dans les surdités nerveuses pures, McKenzie n'a trouvé que dans 11 % le vertige violent (Storm-type). Dans les oreillons, la surdité est soudaine et complète ;



il n'y a pas de vertige, ni diminution des réactions vestibulaires. La surdité est unilatérale.

Le vertige est dû à une irritation des organes vestibulaires.

L'auteur passe ensuite à la description de ce qu'il appelle l'orage labyrinthique, le « labyrinth-storm » (bourdonnements, surdité, vertige, nausées, vomissements).

Dans les otites moyennes suppurées, le labyrinthe-storm s'observe dans deux conditions : 1° quand une labyrinthite suppurée se déclare, par l'invasion subite et massive du labyrinthe par des microbes pyogéniques ; 2° quand les toxines de ces microbes déterminent une labyrinthite séreuse, sans invasion actuelle, ou du moins massive du labyrinthe.

Dans le premier cas, le labyrinthe étant détruit, pas de récurrence du labyrinthe-storm. Il récidive dans le deuxième cas.

En cas d'otite moyenne chronique ou subaiguë non suppurée, on peut observer la labyrinthite séreuse.

Dans la surdité herpétique, le virus atteint le ganglion vestibulaire et le ganglion cochléaire. Pas de récurrence.

Dans la syphilis du labyrinthe, le labyrinthe-storm est fréquent, et récidive.

Existe-t-il une maladie de Ménière, puisque l'auteur propose de remplacer par le labyrinthe-storm ce qu'on appelle le syndrome de Ménière ?

La différence qui existe entre les formes rares et communes sont frappantes. Dans la première, attaque grave ; effet destructeur et permanent. Troubles cérébraux, inconscience, surdité complète. Les troubles de l'équilibre et le vertige diminuent après l'attaque. Mais l'incertitude de la marche persiste. C'est la forme apoplectique.

Dans la seconde variété, il existe des accès intermittents. On constate du vertige, des nausées ; mais les vomissements sont rares. Pas d'inconscience. Surdité partielle ; si elle est totale, au moment de l'attaque, elle diminue après. En général, surdité unilatérale. Quelle est la nature de la lésion dans cette variété, on l'ignore. On peut la traiter par des moyens médicaux : KI, mélange de noix vomique et de bromure de potassium. Une troisième variété est celle où les accès sont fréquents, déterminés par les causes les plus légères. Le traitement médical est inutile. Les canaux circulaires sont dans un état d'hyperexcitabilité. Surdité plus grave que dans le deuxième groupe. On a proposé le grattage du canal semi-circulaire externe ou même sa résection.

Il existe une variété de vertige avec hypertension, parfois avec hypotension.

Mckenzie a observé un cas où le vertige et la surdité ont disparu tout seuls.

La surdité labyrinthique, due aux bruits excessifs, est due à la dégénérescence de l'organe de Corti par hyperstimulation.

Citons encore la surdité sénile. Avec l'âge, la limite supérieure des tons est abaissée.

La surdité nerveuse progressive, sans vertige, ni bourdonnements, due d'après Manassé à l'artério-sclérose, la syphilis, la néphrite chro-

nique, les otites muqueuses chroniques. C'est probablement un trouble sénile.

Syphilis du labyrinthe. On a trouvé des lésions dans toutes les régions labyrinthiques.

Syphilis congénitale. Elle peut être : 1° fœtale et infantile ; 2° elle peut apparaître de 1 à 7 ans ; 3° de 7 à 13.

Mckenzie cite les travaux histologiques de Fraser. La syphilis congénitale est souvent accompagnée de lésions de l'oreille moyenne. Il faut faire le Wassermann.

Traitement. Mercure et KI. Se méfier du salvarsan, à cause de la possibilité de la réaction d'Herxheimer. La pilocarpine n'est plus à la mode.

Diagnostic de la surdité labyrinthique et de la surdité due à des affections du nerf auditif. D'après Gradenigo, il y a diminution de la perception des tons dans le milieu de l'échelle, et parfois la surdité est complète. Quand l'épreuve calorique est négative, et la galvanique positive, il y a lésion de la cochlée.

Surdité toxique (tabac, thé, quinine ; toxémie intestinale).

La surdité peut-elle être due à un foyer septique, comme l'iridocyclite ou la rétino-choroïdite ? C'est une voie à suivre.

Jusqu'à présent, le traitement n'a apporté aucune amélioration sensible à la maladie. C'est désespérant. Il faut faire de la prophylaxie.

Voici un extrait de la discussion qui a suivi cette communication :

MOLLISON distingue la surdité qualitative et la quantitative. Le premier groupe comprend les cas avec perte des tons bas et des tons hauts. Le second groupe comprend les cas où les limites des tons sont normales. Mais il y a une diminution générale.

Il a vu un cas d'oreillons avec vertige.

Dans la syphilis, il y a diminution des tons hauts par la perception osseuse.

WRIGHT a vu deux cas d'oreillons avec vertige.

Dans la surdité due à des bruits, si les bruits sont écartés, la surdité ne progresse pas.

Il divise la surdité en deux groupes : 1° groupe causé par le traumatisme ou la syphilis ; 2° groupe à cause indéterminée.

Dans les cas de guerre, il a toujours constaté une otite moyenne préexistante.

Il a observé 4 cas avec foyers septiques (dents ou amygdales).

Il a trouvé, comme causes, le coryza spasmodique, la grossesse (insuffisance thyroïdienne).

Pour DUNDAS GRANT, surdité sénile ne veut pas dire surdité de la vieillesse, mais due à de vieilles artères.

La quinine est à prescrire dans le vertige labyrinthique unilatéral. La perte de la limite des tons hauts indique une lésion de la cochlée. Les diapasons donnent souvent des renseignements fallacieux.

LEIGHTON dit que la syphilis aime l'oreille.

WAGGET. — Dans beaucoup de cas de surdité de l'oreille interne, il y avait otite moyenne.

Un Rinne négatif et une perception osseuse prolongée dans les cas de surdité chronique avec otite moyenne sont plutôt rares. La perte de la perception osseuse et un Rinne positif sont, au contraire fré-

quents. Bien des cas de surdité de l'oreille interne sont dus à une lésions de la fenêtre ronde.

KAUFMANN.

ALCALAY. — **Un cas d'abcès du lobe temporal otitique avec nystagmus vers le côté malade.** *Mon. f. Ohr.*, t. LVIII, f. 2, p. 107.

Cas rapporté parce que le nystagmus du côté malade, la paralysie controlatérale du VII, avaient fait penser à un abcès du cervelet chez le malade récemment radicalisé. La ponction cérébelleuse fut cependant négative, alors que celle du lobe temporal fut positive. Le nystagmus précité est probablement dû, par suite de l'extension énorme de l'abcès temporal (80 cmc.) vers l'occiput, à l'hyperpression dans la région du pédoncule cérébral au niveau de la partie centrale du nerf labyrinthique correspondant au côté malade.

HUGH. T. PATRICK. — **Signes de localisation et symptômes des abcès encéphaliques.** Société Otologique, Laryngologique et Neurologique de Chicago, 3 décembre 1923.

Les signes de localisation des abcès d'origine otorhinologique sont les mêmes que ceux des abcès ayant une autre origine. L'auteur est d'accord avec Oppenheim quand il dit que les signes de localisation dans l'abcès du cerveau « sont présents dans la majorité des cas, mais ne sont pas toujours reconnus et évalués ».

Les signes de localisation des abcès frontaux en dehors de l'anosmie consistent dans de la lenteur des processus mentaux; une incoordination intellectuelle et de l'hébétéude mentale quelquefois de l'irritabilité et une tendance à la plaisanterie.

Les signes de localisation des abcès du lobe temporal, à cause de leur situation près des radiations optiques de Gratiolet sont en rapport avec les champs de la vision et du langage.

Les signes de localisation des abcès cérébelleux peuvent manquer entièrement. L'ataxie cérébelleuse est le signe qui a le plus de valeur. Le vertige qui doit être différencié du vertige vestibulaire par les épreuves de Barany est très important. Si la pression se propage dans la direction des tubercules quadrijumeaux on observe de la déviation conjuguée des yeux ou du nystagmus.

L'auteur rapporte enfin un cas où les signes étaient limités à la sphère de la V<sup>e</sup> paire, l'opération radicale de la névralgie faciale mit en évidence un petit abcès au voisinage du ganglion de gasser.

SOUCHET.

AMÉDÉE HERLITZKA. — **Physiologie et aviation.** *Attualità scientifica*, n<sup>os</sup> 16-17. Ed. N. Zanichelli, Bologne 1923.

Ce volume, dédié à Ch. Richet, a été écrit par un des fondateurs des Instituts psycho-physiologiques pour l'Aviation en Italie. Professeur de physiologie à l'Université de Turin, où il a succédé à Angelo Mosso si connu par ses recherches de physiologie de l'homme en haute montagne, le professeur Herlitzka était tout indiqué par sa

haute compétence pour une mise au point de nos connaissances sur la physiologie de l'aviateur.

Le livre est divisé en trois parties : physiologie du vol, physiologie de l'homme pendant le vol et sélection des pilotes. Nous ne considérerons que ce qui concerne notre spécialité.

L'oreille tient un grand rôle dans la physiologie de l'aviation soit à cause de la fonction de la trompe d'Eustache, soit à cause de la fonction vestibulaire, comme organe d'orientation tridimensionnel dans l'espace.

L'insuffisance tubaire est certainement une des causes principales du « mal de descente », qui selon Cruchet et Moulinier consiste essentiellement en de vives céphalées, assourdissement, et douleurs auriculaires intolérables, sténocardie, tachycardie, syncope, somnolence. Les phénomènes durent même après l'atterrissage ; ils se manifestent chez les pilotes entraînés quand la descente dépasse 1.000 mètres à la minute et chez les élèves pilotes quand la descente atteint 1.000 mètres en trois quatre minutes. Cruchet et Moulinier estiment qu'ils sont dus à une augmentation de pression sanguine minimale. Herlitzka divise ces phénomènes en deux catégories : les premiers sont en rapport nettement avec l'oreille moyenne et la trompe d'Eustache ; l'assourdissement, les douleurs auriculaires, etc., sont toutes manifestations que l'on observe dans la récompression rapide, ou bien chez des sujets à insuffisance tubaire chronique ou aiguë (pendant un coryza, par exemple) et ils sont dus à un déséquilibre de pression entre l'oreille moyenne et le milieu ambiant. Les autres phénomènes d'ordre général et circulatoire que l'on n'observe qu'exceptionnellement dans la cloche pneumatique, ne doivent pas dépendre seulement d'un déséquilibre de pression. Ils se manifesteraient alors très fréquemment chez les candidats-aviateurs qui sont soumis dans la cloche à des descentes rapides (1.000 m. en 2'). D'autre part ils ne peuvent être dus seulement à une augmentation transitoire de la pression minimale du sang, car celle-ci varie en réalité fort peu.

Ces phénomènes, selon Herlitzka, dépendraient de l'oreille interne. Dans les descentes rapides, il se produit une excitation des terminaisons nerveuses vestibulaires dus à la pression exercée par les otolithes sollicités par la force d'inertie. Cette excitation, quand elle atteint un certain degré, est l'origine de la sensation de variation de position dans l'espace : si elle dépasse une certaine intensité, elle crée un état particulier, le vertige labyrinthique qui dépend d'une opposition de sensations fournies par le labyrinthe d'une part et par celles fournies par les autres sens d'autre part (en particulier par la vue). Il se déclenche alors une série de réflexes dans les territoires du sympathique et du parasympathique (vasoconstriction, vasodilatation et modifications de la pression sanguine, sueurs, sécrétions et mouvements du tube gastro-entérique) et surtout des réflexes dans la sphère des mouvements des muscles oculaires, du cou et de la face et de l'innervation tonique des muscles squelettiques (incoordination des mouvements, dysmétrie). Dans les descentes rapides l'excitation du vestibule est très forte : les réflexes sympathiques et parasympathiques se déclenchent : il en résulte des altérations circu-



latoires qui peuvent même atteindre la syncope et la rigidité des muscles.

Le sens statique et le sens de pression dans le mouvement curviligne uniforme ne peuvent servir pour l'orientation de notre corps, sans le secours de la vue ; ils interviennent dans le mouvement rectiligne et dans tous les changements brusques d'inclinaison parce qu'alors il se produit la sollicitation de l'inertie. Des recherches faites par Malan à l'Institut d'Aviation de Turin, il résulte que chez les sujets normaux l'erreur d'appréciation de la verticale varie entre  $0^{\circ}$ - $4^{\circ}$  si l'on reconduit le sujet à la position verticale en partant d'une inclinaison latérale, l'erreur est de  $0^{\circ}$ - $6^{\circ}$  si l'on part d'une inclinaison antéro-postérieure. Dans l'épreuve de l'inclinaison les erreurs oscillent entre  $0^{\circ}$ - $4^{\circ}$  dans les inclinaisons latérales et entre  $0^{\circ}$ - $8^{\circ}$  dans l'inclinaison antéro-postérieure.

Dans la dernière partie de son ouvrage, Herlutzka expose d'une façon très détaillée tous les différents examens que doivent subir les candidats à l'aviation. Pour ce qui concerne l'examen otologique, l'acuité auditive n'a pas une grande importance en soi ; cependant les lésions de l'oreille moyenne sont causes d'inaptitude, comme l'est l'insuffisance respiratoire nasale, que l'on étudie au moyen de l'inscription graphique. On fait passer par une fosse nasale jusque dans le naso-pharynx une sonde flexible que l'on met en rapport avec un tambour de Marey. Les excursions dues aux variations de pression dans le naso-pharynx chez les sujets normaux ne dépassent pas un centimètre d'eau.

Dans l'examen du sens statique et cynétique labyrinthique, on emploie toutes les épreuves cliniques habituelles d'excitation labyrinthique (rotation, excitation thermique...) que l'on complète par la recherche du seuil de stimulus galvanique à l'ouverture et à la fermeture d'un circuit, les électrodes étant posées aux deux tempes : le seuil chez les sujets normaux ne doit pas être plus bas de I. M. A. L'hypoexcitabilité labyrinthique n'est jamais considérée comme cause d'inaptitude au vol.

Une autre méthode complémentaire d'examen est l'épreuve de l'indication, modifiée par Malan, qui consiste en l'inscription graphique des déviations du membre supérieur consécutives à une excitation rotatoire, déviations qui sont minimales chez les normaux et qui assument des types très différents et caractéristiques selon qu'il s'agit de sujets hyperexcitables, atteints de fatigue nerveuse, etc...

MALAN.

---

*Le Gérant : P. VIGOT.*



# MÉMOIRES

---

## SEPTICO-PYOHÉMIE A BACILLUS PROTEUS D'ORIGINE OTITIQUE

PAR

G. LION et M. LEVY-BRUHL

---

Le rôle du *Bacillus Proteus* dans la production des otites moyennes et de leurs complications est connu d'assez longue date, puisque les premières observations y ayant trait remontent à 1896. Depuis lors un assez grand nombre de travaux ont été, comme nous le verrons, consacrés à cette question. Mais dans presque toutes les observations rapportées jusqu'ici on ne signale guère que les propagations de voisinage avec comme conséquence soit des sinusites, soit des abcès encéphaliques ; exceptionnels sont les faits d'infection généralisée, réalisant le tableau anatomo-clinique de la septico-pyohémie. Bien rarement aussi les examens bactériologiques et sérologiques ont pu être effectués complètement, mettant hors de doute la nature de l'agent infectieux en cause. C'est précisément dans l'existence d'un état infectieux généralisé et dans l'étude bactériologique et sérologique complète, que nous avons pu faire, que réside, croyons-nous, l'intérêt de l'observation suivante. Nous la ferons suivre d'un court aperçu des connaissances actuellement acquises sur le *Proteus vulgaris* et des diverses variétés ainsi que d'une vue d'ensemble sur le rôle joué par ce germe dans la production des otites suppurées et de leurs complications locales et générales.

\*  
\* \*

H... Emile, 19 ans, charretier, entre à l'hôpital de la Pitié-salle Lannec le 21 juin 1922.

Antécédents : père et mère bien portants. Il y a deux ans, a été atteint de grippe, sans complications. Depuis son enfance, et surtout

depuis cette grippe, il est sujet à une toux sèche avec quelques crachats muqueux. Il est devenu sourd de l'oreille gauche à la suite d'une otite survenue dans l'enfance, sans qu'il puisse préciser à quel âge ; de temps en temps, à intervalles irréguliers, il se produit par cette oreille un écoulement de pus, qui dure une huitaine de jours environ, puis se tarit spontanément.

Il y a dix jours le malade a été pris, le matin au réveil, en pleine santé et sans cause appréciable, d'une céphalée intense avec malaise général et sensation de fièvre, en même temps que réapparaissait l'otorrhée du côté gauche. Il essaya de travailler comme à l'ordinaire, mais fut obligé de rentrer chez lui et de s'aliter. Cet état fébrile avec maux de tête violents persistant malgré le repos au lit et s'étant compliqué de malaise général, d'anorexie, et de quelques vomissements, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

*Etat actuel.* — Le malade est abattu ; il paraît souffrir beaucoup de céphalée frontale, et de plus est dans un état d'obnubilation intellectuelle marquée qui rend l'interrogatoire difficile. Il se plaint d'insomnie, de faiblesse générale et de gêne respiratoire. Le faciès est légèrement vultueux. La température de 39° à l'entrée, monte le soir à 40°5.

La langue est saburrale, assez humide ; pas d'herpès labial ni de fuliginosités. Rien d'anormal au niveau de l'estomac qui clapote à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Diarrhée depuis quatre jours, peu intense, sans caractères spéciaux. Un peu de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Le foie n'est pas gros ; sa matité s'étend de la sixième côte au rebord costal droit. La rate est grosse, atteignant le rebord des fausses côtes gauches ; sa matité mesure 10 centimètres.

Rien d'anormal à l'examen du cœur. Pouls rapide (120), mais régulier et bien frappé.

Du côté de l'appareil respiratoire, la sonorité et la respiration sont normales. En arrière rien d'anormal à l'examen. Dans l'aisselle gauche quelques râles sous-crépitaux.

Les réflexes tendineux sont normaux, le réflexe plantaire se fait en flexion des deux côtés. Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière. Pas de raideur de la nuque, ni de contracture des membres. Pas de Kernig.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

En présence de cet état typhoïde, on prescrit la balnéothérapie froide.

22 juin. — L'examen de l'oreille est pratiqué : on ne perçoit rien d'anormal, à part l'écoulement qui persiste. La douleur à la mastoïde, notée à l'entrée, a disparu dès le lendemain et ne reparait pas. Traitement prescrit : lavages de l'oreille à l'eau oxygénée.

23 juin. — Le malade est dans le même état de torpeur avec céphalée frontale persistante ; la température oscille entre 39° et 40° ; le pouls est à 100-120. On trouve le foie sensiblement plus gros, débordant le rebord costal ; la rate paraît avoir aussi augmenté de volume, la matité splénique mesure 13 centimètres. A la base gauche on trouve de la sub-matité avec diminution des vibrations thoraciques.

24 juin. — Le malade accuse une douleur dans la région péricar-

diale; à l'examen on ne trouve aucun signe de péricardite sèche ni avec épanchements.

27 juin. — Le malade est très dyspnéique, le nombre des respirations atteignant 50 à la minute; on est frappé par l'odeur fétide de l'haleine. A l'examen de l'appareil respiratoire on trouve en arrière, à la base gauche, de la matité franche avec disparition des vibrations, pas de souffle. Une ponction exploratrice ramène du liquide séreux, louche, sans odeur spéciale. A l'examen du cœur, pas de lésion, endo ni péri-cardique appréciable. Le malade accuse un point douloureux dans la région splénique. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine; elles sont troubles, le sédiment est constitué par des polynucléaires et des germes très abondants.

29 juin. — La température se maintient entre 39,5 et 40. Le pouls est à 112, la respiration à 44 par minute. L'haleine est nettement fétide.

Au poumon droit on trouve des râles bulleux disséminés. A la base gauche, persistance des symptômes observés les jours précédents avec un peu d'œdème de la paroi. On pratique la thoracentèse (1 litre de liquide purulent, jaunâtre, non fétide). Après cette ponction la matité de la base gauche persiste sans modification appréciable. L'état général est trop atteint pour qu'on puisse envisager une intervention plus sérieuse.

30 juin : Le malade s'affaiblit progressivement et meurt en hypothermie dans la nuit du 30 juin au 1<sup>er</sup> juillet.

*Autopsie* (2 juillet) : A l'ouverture du corps on constate que le foie, volumineux et abaissé, occupe les deux tiers supérieurs de l'abdomen, du côté droit. Dans les deux plèvres grande quantité de liquide jaune trouble, plus franchement purulent du côté gauche. Exsudat fibrineux sur les plèvres pariétales et viscérales, poumons moyennement rétractés.

Au poumon droit : Congestion œdémateuse diffuse. A la partie inférieure du lobe supérieur, petit abcès sous-cortical ramolli, du volume d'une noisette; au sommet, petit abcès analogue de la dimension d'une grosse lentille. Nombreux autres petits abcès disséminés dans les trois lobes, à parois d'aspect tomenteux, inflammatoire, et contenant un peu de pus grisâtre.

Au poumon gauche : Congestion œdémateuse généralisée. Petits abcès multiples disséminés, analogues à ceux du poumon droit.

Le péricarde contient une petite quantité de liquide jaune citrin.

Le cœur est plutôt petit, les parois musculaires ont un aspect normal. Pas de lésion endocardiaque appréciable, rien aux valvules, ni aux piliers.

La rate est volumineuse, pèse 350 grammes. Elle est dans son ensemble molle et diffuente. A sa face externe près du bord postérieur on trouve une vaste ulcération cratériforme mesurant 6 centimètres sur 4, à fond tomenteux, paraissant former la paroi d'un gros abcès. Cette partie de l'organe adhérent à la coupole diaphragmatique où se dessine une ulcération elliptique à fond dépoli verdâtre. Une autre ulcération, plus petite, siège à l'extrémité postérieure de la rate. Entre elle et la grosse tubérosité de l'estomac on trouve un peu de pus et quelques adhérences.



Le foie est gros, pâle (aspect de foie toxi-infectieux). Il pèse 1.970 grammes. La vésicule est normale d'aspect et de dimensions, elle contient une bile jaune d'or, pas de pus. L'estomac présente au niveau de la muqueuse un piqueté hémorragique étendu.

Rien d'anormal à l'intestin, pas d'ulcération, pas d'adénopathie.

Les reins pèsent 150 grammes chacun ; ils présentent une teinte ecchymotique sans lésions macroscopiques appréciables, en particulier pas d'abcès. Les surrénales ont un aspect normal.

A l'ouverture du crâne : les méninges présentent un aspect normal au niveau de la convexité du cerveau ; rien d'anormal au cerveau ni au cervelet. Mais après avoir enlevé la masse encéphalique on constate du côté gauche une teinte rouge sombre de la dure-mère avec aspect légèrement dépoli sur une surface égale à celle d'une pièce de deux francs environ, dans la région correspondante à la paroi antéro-supérieure du rocher (en particulier région du tegmen tympani). Sous la dure-mère on trouve à ce niveau un petit abcès du volume d'une amande.

Le sinus latéral paraît normal, mais entre sa paroi et la paroi postérieure du rocher on trouve une petite quantité de bouillie puriforme ; après avoir fait sauter la paroi supérieure de la caisse du tympan et de l'antre mastoïdien, on trouve dans celui-ci quelques gouttelettes de pus.

EXAMENS HISTOLOGIQUES. — *Rate*. Foyers de nécrose constitués par une substance très finement granuleuse, colorée en violet par l'hématéine. Autour d'eux, tissu infiltré de mononucléaires, ne présentant plus aucun caractère rappelant la structure cellulaire de la rate. A leur limite et dans les tissus environnants, sur les préparations colorées à la thionine, grand nombre de bacilles et les forces filamenteuses.

*Poumon*. — Foyers de nécrose analogues à ceux de la rate et limités par trois zones successives de tissu pulmonaire altéré. Une première zone, véritable champ de leucocytes polynucléaires, une zone moyenne de pneumonie fibrineuse, enfin une zone externe de pneumonie épithéliale.

Dans la zone infiltrée de leucocytes, il est possible, sur les préparations à la thionine, de reconnaître quelques bacilles et filaments, beaucoup plus rares, à la vérité, que dans les préparations de rate.

*Foie*. — Pas de lésion appréciable des travées ni des cellules hépatiques.

Dans les capillaires, très grand nombre de cellules endothéliales hypertrophiées et bourrées de granulations noires.

EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES :

Le 21 juin : hémoculture : en bouillon ordinaire et en bouillon T ; négative.

Le 22 juin : séro-diagnostic ; (Eberth, Para A et B) : négatif à 1/20.

Le 23 juin : hémoculture : pousse tardivement, donne en quatre jours une culture pure, assez abondante d'un bacille mobile gram-négatif dont nous verrons plus loin les caractères.

Le 27 juin : épanchement pleural — examen microscopique direct, polynucléose — pas de germes.

Le 28 juin : *idem* : mêmes résultats.

Le 29 juin : on trouve à l'examen direct du liquide pleural, des

bacilles mobiles, gram-négatifs, identiques à celui qu'avait fourni l'hémoculture. L'ensemencement du liquide pleural donne une culture pure, abondante de ce même germe.

A partir de ces cultures on prépare un auto-vaccin, mais l'état du malade s'aggrave rapidement et il succombe avant tout essai de vaccination.

Caractères du microbe isolé chez ce malade : bacilles mobiles, inégaux comme longueur (certains éléments filamenteux), ne prenant pas le gram. Pousse facilement dans les milieux de culture usuels.

Bouillon glucosé : culture abondante avec des ondes, puis dépôt au fond du tube, odeur putride, production de gaz.

Gélose ordinaire : culture abondante s'étendant en enduit visqueux ; colonies isolées, aspect coliforme.

Gélatine : a) en piqûre : liquéfaction débutant à la partie supérieure, en profondeur striée avec arborisations finement ramifiées ; b) en plaques : colonies radiées, très nettement visibles au troisième jour, du centre opaque entouré d'un anneau filamenteux partent des prolongements rayonnants en tire-bouchons et en chapelets — aspect caractéristique du *Proteus*. Sérum coagulé — liquéfié en quarante-huit heures.

Caractères biochimiques : pas de fermentation du lactose, fermentation de glucose, maltose, saccharose ; pas de production d'indol en eau peptonée. Rouge neutre, décoloré en vingt-quatre heures.

Inoculations : Le 1<sup>er</sup> juillet, une culture de vingt-quatre heures en bouillon est injectée sous la peau à deux souris à la dose de 1/2 centimètre cube et 1/100<sup>e</sup> de centimètre cube. Toutes deux succombent en moins de vingt-quatre heures ; on trouve une grosse rate, de la congestion des viscères et la présence en très grande abondance du bacille dans le sang et les organes.

La virulence de ce germe ayant baissé très rapidement, les inoculations tentées par la suite échouent tant sur les souris que chez le lapin.

Agglutinations : Le sérum du malade agglutinait son propre germe à 1/50, et deux *Proteus* de la collection de l'Institut Pasteur (M et X-19) également à 1/50. Ces germes n'étaient pas agglutinés par le sérum normal, même à 1/10.

Par contre avec un troisième germe de la collection (*Proteus* V) l'épreuve de l'agglutination s'est montrée négative.

En résumé, il s'agit d'une infection généralisée à forme septico-pyohémique, évoluant chez un adolescent robuste et sans tare appréciable. Les signes généraux étaient ceux des états infectieux graves, fièvre, prostration, anémie, diarrhée, splénomégalie. L'examen clinique révéla en outre, dès l'entrée une suppuration de l'oreille moyenne gauche, et par la suite un foyer pulmonaire, puis un épanchement purulent de la plèvre du côté gauche. La mort survint au bout de trois semaines de maladie, dix jours après l'entrée à l'hôpital, par affaiblissement progressif et dyspnée croissante, et l'autopsie montra en plus des localisations

infectieuses diagnostiquées pendant la vie, l'existence d'un abcès du temporal gauche et de lésions nécrotiques étendues au niveau du poumon gauche et de la rate.

Les examens bactériologiques avaient démontré la présence dans le sang circulant et dans le pus pleural d'un bacille très mobile, gram-négatif fortement protéolytique, présentant les caractères morphologiques et culturels du *Bacillus Proteus*, germe que l'examen histo-bactériologique des lésions viscérales nécrotiques a permis également de retrouver à l'état de pureté. Enfin l'épreuve de l'agglutination par le sérum du malade s'est montrée nettement positive, tant pour son propre microbe que pour diverses variétés de *proteus* de la collection de l'Institut Pasteur.

Nous n'insisterons pas sur le tableau clinique : la localisation auriculo-temporale se caractérisait par un minimum de symptômes, céphalalgie violente sans signes nets de réaction méningée ; les signes généraux prédominaient et étaient ceux des grandes infections, la pleurésie purulente secondaire et une complication qui se trouve signalée comme une des plus fréquentes de l'infection de *Proteus* (Charrin, Reed, Kuhnu) ; — ni sur les particularités des lésions rencontrées à l'autopsie ; ce qui les caractérise avant tout, c'est leur apparence nécrotique tant au niveau du poumon que dans la rate où s'était constituée une véritable cavité ; ce caractère paraît bien en rapport avec les propriétés protéolytiques du germe infectieux.

Nous voudrions revenir au contraire avec quelques détails sur les résultats des examens bactériologiques et sérologiques que nous avons été amenés à pratiquer. On sait combien sont encore mal établies la délimitation et la classification du genre *Proteus* : ce qui caractérise avant tout ce microbe, c'est l'aspect si particulier des colonies sur plaque de gélatine, ramifiées, tire-bouchonnées, grouillantes (Hauser 1885)(1) ; autre point très important, bien établi par Berthelot (2) dans sa thèse ; en opérant dans de bonnes conditions techniques, le *Proteus* ne prend pas le gram. En outre de ces deux critères primordiaux, un ensemble d'autres particularités a pu être défini peu à peu, et dans un travail récent MM. Besson et Ehringer (3) caractérisaient le *Proteus* de

1. Hauser. *Über Faulnissbakterien*, Leipzig (1885).

2. A. Berthelot. *Recherches sur quelques caractères du Proteus vulgaris*. Thèse Paris, 1893.

3. Besson et Ehringer. Le Bacille *Proteus* (*proteus vulgaris*). *Paris Médical*, 13<sup>e</sup> année, n° 10 ; p. 225-229, 10 mars 1923.

la façon suivante « Bacille à bouts arrondis, de taille très variable, ne possédant pas de spores, muni de nombreux cils péritriches, ne prenant pas le gram ; aérobie facultatif, donnant sur gélatine des colonies grouillantes à prolongements tortueux, irradiés ; donnant sur gélose une culture envahissante, grimpante, coagulant le lait sans acidification, puis redissolvant le coagulum, ne faisant pas fermenter la lactose, la mannite et le dulcité ; faisant fermenter le glucose, la névulose, la glycérine et souvent aussi la maltose et la saccharose avec production de gaz, réduisant le rouge neutre ; donnant naissance à l'hydrogène sulfuré ; produisant ordinairement de l'indol dans les cultures en eau peptonée. »

A cette série d'épreuves est venue s'en ajouter une nouvelle, proposée par L. Launoy sous le nom de *réaction de l'antiprotéase* et résultant des recherches de cet auteur sur les propriétés antiprotéolytiques des sérums. Si l'on prépare des lapins avec des cultures filtrées de divers microbes protéolytiques (Pyocyanique, Proteus, vibron cholérique,) on obtient des sérums inhibant *in vitro* l'action gélatinolytique des germes correspondants et cette action antifermentaire, spécifique pour l'espèce microbienne en jeu est nulle pour les autres microbes. C'est ainsi qu'un sérum anti-pyocyanique, très actif vis-à-vis de diverses variétés de bacille pyocyanique dont il arrête complètement l'action gélatinolytique, n'exercera aucune influence sur la digestion de la gélatine par le Proteus, le Prodigiosus, le vibron cholérique, etc. Un tel sérum peut donc fournir un élément précis dans le diagnostic d'une variété microbienne protéolytique à identifier. Cette réaction de l'antiprotéase a été précisément utilisée par Launoy et Falque (1) pour la caractérisation de divers germes se présentant comme des Proteus.

Appliquée au germe isolé chez notre malade, elle a donné un résultat très net : en présence d'un sérum de lapin préparé par filtrat d'un Proteus (variété M. de l'institut Pasteur) la digestion de la gélatine par une culture de notre microbe s'est trouvée complètement inhibée, alors qu'elle s'effectuait normalement en présence d'un sérum anti-pyocyanique pris comme témoin ; ceci confirme le diagnostic de Proteus qu'un ensemble de caractères nous avait permis de porter.

*Les réactions d'agglutinations*, diffèrent de ces réactions anti-

1. Launoy et Falque : Application de la réaction de l'anti-protéase à l'identification des souches de Proteus.

Compte rendu de la Société de Biologie, t. LXXXVI, p. 1067-1068. 20 mai 1922.



protéasiques (Launoy et Lévy-Bruhl (1)). en ce qu'elles ne se montrent pas étendues à toutes les variétés d'une espèce microbienne donnée et permettent ainsi de diviser celles-ci en divers groupes. Le sérum de notre malade, éprouvé vis-à-vis de son propre germe, l'agglutinait très nettement à  $1/50^e$ , la réaction se montrant également positive, au même taux, avec des germes de la Collection de l'Institut Pasteur, les *Proteus* M. et X-19 ; et ce qui en fait la valeur c'est que ces microbes n'étaient pas agglutinés par le sérum normal ; même à  $1/10^e$ . Par contre avec d'autres souches, appartenant sans doute à des groupes différents, la réaction s'est montrée négative. Des recherches en cours permettront sans doute d'apporter par cette voie une contribution à la classification des *Proteus*, question actuellement à l'étude (Ida. A. Bengston (2) J.-J. Wenner et L.-F. Retzer (3) M. Kinstry et Cropper (4)). En attendant que cette distinction de groupes d'agglutination soit nettement établie, des classifications basées sur les réactions de fermentation des sucres ont été proposées. Si l'on adopte celle de Besson et Ehringer, notre germe, faisant fermenter non seulement la glucose mais la maltose et la saccharose, se classerait dans le groupe IV de ces auteurs.

\*  
\* \*

Le rôle du Bacille *Proteus* comme agent infectieux dans les suppurations de l'oreille moyenne et leurs complications ressort déjà d'une note publiée en 1896 par Lannelongue et Achard (5) ; qui sur quatre cas d'infection où ce germe se trouvait en cause en signalent deux comme consécutifs à des abcès mastoïdiens.

Mais il faut attendre jusqu'en 1907 pour trouver une étude systématique de la question : elle est due à Lauffs (6). Sur vingt-

1. L. Launoy et M. Lévy-Bruhl. Sur les sérums anti-protéasiques ; anti-protéases et agglutinines. *Société de Biologie*, t. LXXXVIII, p. 1020-1021, 1<sup>er</sup> juillet 1920.

2. Ida. A. Bengston. The *Proteus* group of organisms, with déciel référence to agglutination and fermentation réaction and to classification (*J. of inf. Diseases* t. XXIV, n° 5, p. 428-487, 1919.

3. J.-J. Wenner et L. F. Retger. A systematic study of the *Proteus* group of Bacteria (*J. of Bacter.*, t. IV n° 4, p. 331 353, juillet 1919.)

4. W. 4 Mc Kinstry et J.-W. Copper. Memorandum of the Bacteria of the *Proteus* group. (*J. of the Royal Army med. Corps*, vol. XXXIII, n° 2, p. 168-174, août 1919)

5. Lannelongue et Achard : Sur les infections provoquées par les bacilles du groupe *Proteus* et sur les propriétés agglutinantes. *Compte rendu de la Société des Sciences*, octobre 1896.

6. Lauffs. — *Proteus Vulgaris* dans les suppurations de l'oreille. *Archiv. f. Ohrenheilkunde*, t. LXX, p. 90-96, 187-204 ; 1907.

six examens bactériologiques d'otite suppurée cet auteur a rencontré six fois le *Proteus*, deux fois à l'état de pureté, trois fois associé au streptocoque une fois au streptocoque, et à un diplocoque. Il insiste sur la gravité pronostique que comporte la présence du *proteus* ; en effet dans les six cas en question, il existait des complications sérieuses (péri-sinusites, abcès du cervelet) et trois d'entre eux furent suivis d'une issue fatale. Voici le résumé de ces six observations :

I) Petite fille de 10 ans, abcès du cervelet à *Proteus* pur ; mort ; à l'autopsie pas de généralisation pyohémique.

II) Petite fille de 5 ans ; abcès péri-sinusal à *Proteus* pur ; mort ; à l'autopsie pas d'infection pyohémique.

III) Jeune homme de 18 ans ; abcès péri-sinusal ; *Proteus* et streptocoque ; guérison.

IV) Garçon de 14 ans ; abcès péri-sinusal à *Proteus* et streptocoque ; guérison.

V) Garçon de 4 ans ; abcès intra-dure-mérien à *Proteus* et streptocoque ; guérison.

VI) Petite fille de 9 ans, sinusite et abcès du cervelet ; *Proteus* avec streptocoque et un diplocoque ; mort ; pas de lésions viscérales pyohémiques.

A ces cas personnels, l'auteur ajoute les résultats des examens pratiqués par son collaborateur, le Dr Bischoff, qui sur 52 observations de suppurations otitiques a trouvé le *Proteus* dans 5 cas, pur ou associé.

VII) Homme, 28 ans, abcès du cervelet, *Proteus* et diplocoque ; ponction ; guérison.

VIII) Femme, 39 ans, abcès du cervelet à *Proteus* pur ; mort ; pas d'autopsie.

IX) Garçon, 6 ans ; abcès mastoïdien avec gros polype de l'oreille ; *Proteus* et streptocoque ; pas de complication intra-cranienne ; guérison.

X) Garçon, 9 ans ; phlébite du sinus, abcès sous-périostique à *Proteus* ; guérison.

XI) Fille, 10 ans, abcès péri-sinusal et intra-dure-mérien ; *Proteus* et streptocoque ; guérison.

Ainsi, sur un total de 78 cas examinés par Lauffs et Bischoff, on note 11 fois présence de *Proteus* (14/100). Lauffs rapporte encore d'autres observations, empruntées à divers auteurs, en tout 10 cas dont un seul se trouvait exempt de complications intra-craniennes, ce qui confirme la donnée pronostique résultant de sa propre expérience. Le microbe avait été en général mis en évidence dans le pus, mais en outre on l'avait trouvé, une fois

en culture pure dans le sinus thrombosé (Lubowski et Steinberg) (1) et une fois dans le sang circulant (Jochmann) (2).

L'auteur insiste, en terminant sur la fréquence, dans ces cas d'infection à *Proteus*, des cholestéatomes de l'oreille moyenne, dont il a constaté la présence 10 fois sur 11 cas observés par lui.

Dans un travail important de C. Klieneberger (3) nous trouvons relatés divers exemples de complications otitiques à *Proteus*, d'abord deux observations personnelles, l'une d'otite chronique droite suppurée avec polype, cholestéatome, paralysie faciale et perforation du tympan, compliquée d'un abcès du cervelet à *Proteus* pur, l'autre d'otite chronique suppurée avec perforation du tympan, méningite purulente à *Proteus*, et abcès du lobe temporal à *Proteus* et streptocoque. L'auteur relate, à la suite de ces deux cas personnels, différentes observations analogues : un cas de Leutert (4), (otite chronique droite avec cholestéatome, sinusite et phlébite de la jugulaire, abcès du cerveau à *Proteus*, méningite suppurée de la base ; mort, à l'autopsie broncho-pneumonie des deux bases et tumeur de la rate) ; et 2 cas de Kobrak (5) remarquables pour l'existence d'une séroagglutination positive vis-à-vis du *Proteus* isolé des foyers infectieux ; cas terminés l'un par guérison, l'autre par la mort après généralisation pyohémique de l'infection à point de départ auriculaire.

Le travail de L. Caliceti (6) confirme la notion de la présence fréquente du *Proteus* dans les otites chroniques. Cet auteur étudiant la bactériologie d'une dizaine de cas passés à l'état chronique a pu isoler et identifier un germe qui présentait les aspects morphologiques et les caractères des cultures du *Proteus* en particulier l'aspect si typique des colonies sur plaque de gélatine.

Plus récemment ont été publiés les cas de B. Heine (7), (thrombose étendue du sinus d'origine otitique à *Proteus* pur) et de

1. Lubowski et Steinberg. Über agglutination von Typhus-Bazillen in *Proteus* und Staphylokokken-Infektion ; *Deutsches Archiv. f. Kl. Med.*, t. LXXIX.

2. G. Jochmann. Mish. infektion des Blutes mit *Proteus*-bazillen und Streptokokken. *Ztschrift. f. Klinische Medizin*, t. LVII, p. 227, 1905.

3. C. Klieneberger. Klinische und Kritische Beiträge zur Differenzierung pathogenen *Protens*arten. *Ztschrift f. Hygiene*, t. LVIII, pp. 85-120, 1908.

4. Leutert. Über die otitische Pyæmie. *Archiv. f. Ohrenheilk.*, t. XLI, pp. 216-193, 1896.

5. Kobrak. Zur Pathologie der otogenen Pyæmie ; *Archiv. f. Ohrenheilkunde*, t. LX, pp. 1-15, 1904.

6. Caliceti. Contributo allo studio della flora microbica della suppurazioni tympaniche. *Pathologica*, t. IX, p. 290-291, 15 nov. 1917.

7. B. Heine. Über die Otogene Pyoæmie und Sepsis. *Münchener med. Wochenschrift*, t. LXVI, n° 44, pp. 1251-1256, 31-10, 1919.

J. Heymann (1), (thrombo-phlébite à *Proteus* d'origine otitique, opérée et guérie).

Enfin, en août 1922, J.-D. Kernan (2) a publié deux observations intéressantes.

I) Jeune homme, 18 ans, abcès péri-amygdalien gauche, état infectieux avec délire, ictère et sinusite purulente ; mort au bout de vingt-quatre heures. A l'autopsie, thrombose de la jugulaire, méningite suppurée, abcès du lobe temporal gauche. En outre broncho-pneumonie avec abcès du lobe inférieur gauche et tuméfaction aiguë de la rate. Examen bactériologique : *Proteus* pur dans le pus.

II) Homme, 36 ans, porteur d'une otite chronique du côté droit entré à l'hôpital avec un état infectieux grave (frissons, fièvre, sueurs, asthénie marquée, subictère). L'hémoculture donne *Bacillus Proteus* pur. Ponction lombaire, liquide céphalo-rachidien normal. On pratique une trépanation mastoïdienne qui montre que l'antre est occupé par un volumineux cholestéatome, et on trouve un abcès épidural para-sinusal à pus verdâtre très fétide. Il y a thrombose du bulbe jugulaire avec caillots fétides ; on incise également un vaste abcès superficiel descendant vers le sterno-mastoïdien presque jusqu'à la clavicule.

Amélioration assez marquée à la suite de l'opération qui avait été complétée par transfusion de 500 grammes de sang. Mais une aggravation progressive se manifesta, amenant la mort au dixième jour après l'opération. Les hémocultures répétées donnèrent encore du *Proteus* pur, germe que l'on avait également trouvé à l'état de pureté dans l'abcès épidural.

L'autopsie ne put malheureusement être pratiquée.

Ces deux observations sont donc intéressantes, puisque dans la dernière, la preuve d'une septicémie à *Proteus*, d'origine otitique, est fournie par le résultat des hémocultures, tandis que dans la première, si la courte durée de la période d'observation clinique n'a pas permis les examens *in vivo*, il semble bien qu'on se trouve en présence d'une généralisation septico-pyohémique d'une infection à *Proteus*, à point de départ péri-amygdalien.

On voit par ce qui précède que le rôle joué par le *Proteus* dans la production des suppurations de l'oreille est établi sur un nombre relativement considérable d'observations, et ce rôle paraît important puisque Lauffs et Bischoff ont rencontré le *Proteus* dans 11 cas sur 78, soit 14 fois sur 100. Ces otites à *Proteus* comportent un pronostic sévère ; presque tous les cas, en effet, se compliquent de graves lésions de voisinage : phlébite

1. J. Heymann. *Beitrag zur Klinik und Pathologie der otogenen Pyämie. Bertr. Zur Anat. Phys. Path. und Thérapie des Ohres.*, t. XIV, p. 242, 1920, t. XVIII, p. 50, 1922.

2. J.-D. Kernan. Two cases of infection by *B. Proteus*, *The Laryngoscope*, t. XXXII, n° 4, pp. 304-310, avril 1922.



des sinus, mastoïdites et, avec une fréquence toute spéciale, abcès du cerveau et du cervelet.

La mort est la conséquence fréquente de telles complications ; elle est occasionnée habituellement par les graves désordres locaux qu'elles entraînent. Il est possible, bien que beaucoup plus rare, de la voir survenir à la suite d'une infection générale. Celle-ci n'est invoquée que dans trois des cas rapportés plus haut, l'un de Kobrak qui ne paraît pas nettement établi, un second de Jochmann où un streptocoque était associé au *Proteus*, enfin un troisième de Kernan bien étudié et où le *Proteus* se trouvait à l'état de pureté. C'est à côté d'eux que vient se ranger notre observation dont l'intérêt réside dans cette rareté des faits similaires, et aussi dans le nombre et l'exactitude des méthodes utilisées pour préciser la nature de l'agent infectieux.

Considérée d'une façon générale, la septicémie à *Proteus* n'est du reste connue que par des exemples tout à fait exceptionnels. Le premier fait relaté est dû à l'un de nous (1) et remonte à 1894. Il s'agissait d'une infection générale à allure typhique sans porte d'entrée appréciable, remarquable par la production d'une hémoglobinurie intense et terminée par la mort en une huitaine de jours. L'ensemencement du sang du cœur gauche, de la rate, du foie et des reins donna une culture abondante d'un bacille liquéfiant la gélatine et dont les colonies sur plaque avaient l'aspect ramifié si caractéristique du *Proteus*. Ce germe put être en outre, d'une part rencontré à l'examen histo-bactériologique des viscères, d'autre part inoculé aux animaux de laboratoire.

Au cours de la guerre on a pu observer dans divers pays soit des septicémies à *Proteus* d'allure typhique, à évolution généralement bénigne, dues au passage dans la circulation générale de germes provenant de plaies infectées, avec séro-réaction de fixation positive (Sacquépée, De Lavergne et Dehorgne) (2), soit des formes plus graves avec complications viscérales (Bertelli) (3) dont l'origine se trouvait également dans des blessures de guerre.

On trouve encore, relatés dans la revue générale récente sur le *Proteus* de H. Zeiss (4), divers cas d'infection générale causés

1. G. Lion. Note sur un cas d'hémoglobinurie infectieuse. Comptes rendus de la Société de Biologie, 10<sup>e</sup> série, t. I, pp. 866-869, 29-12-1894.

2. Sacquépée, De Lavergne et Dehorgne. Infection à *Proteus* dans les plaies de guerre. Compte-rendu de la Société de Biologie, t. LXXX, pp. 944-948, 9 nov. 1918.

3. Bertelli. Contributo allo studio delle infezioni da *Proteus* nell'uomo, *Gazeta dei ospedali*, Milano, t. XII, pp. 1130-1133, 1920.

4. H. Zeiss. *Das Bakterium vulgare (Proteus)*, Hauser ; *Ergebn. der Hygiene, Bakt. etc.*, t. V, pp. 698-750, 1922.

par ce microbe, les uns d'origine intestinale (Ross (1), von Rottkag) (2), les autres ci-joint de départ génito-urinaire (Hicks (3), Wallace and Dudgeon) (4).

Néanmoins c'est encore à juste titre que les traités récents s'accordent à considérer les septicémies à *Proteus* comme des faits d'une extrême rareté (N. Fiessinger (5), Macaigne) (6). Elles apparaîtront sans doute comme relativement moins exceptionnelles lorsque la pratique des hémocultures et des réactions sérologiques se sera généralisée davantage, en particulier dans l'étude des états infectieux consécutifs aux suppurations auriculaires.

1. Ross. A case of meningitis in which the only organism that could be cultivated from the cerebro-spinal fluid during life was a bacillus of the *Proteus* group, *Lancet*, t. CLXXXIII, 2, p. 1292, 1912.

2. Von Rottkag. Über eine, unter dem Bilde des Typhus abdominalis verlaufende *Proteus* infektion, mit tödlichen Ausgang. *Deutsch. med. Woch.*, 13, pp. 750-763, 1910.

3. Hicks. A bacillus of an unusual kind, isolated from a case of septicemia. *Lancet*, t. CLXXXIV, 1, pp. 1526-1530, 1913.

4. Wallace and Dudgeon. On bacillus *Proteus* infection, more especially in relation to a case of septicemia associated with femoral thrombosis, pulmonary embolism, and recovery, *Lancet*, t. CLXXXVI, 1, pp. 597-601, 1915.

5. N. Fiessinger. Infections à *Proteus vulgaris*. *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, L. Gilbert et Carnot, t. X, p. 336, 1922.

6. Macaigne. Infection à *Proteus vulgaris*. *Nouveau traité de médecine* Roger Widal, Teissier, t. I, p. 310, 1922.

---

## LA VALEUR MÉDICO-LÉGALE DE LA RADIOGRAPHIE DE LA MASTOÏDE EN CAS D'OPÉRATION RADICALE

Par le Professeur **GHERARDO FERRERI** (de Rome).

---

Plus que toute autre branche de la pathologie, l'oto-rhinolaryngologie et, en particulier, l'otologie, en raison de la complexité des recherches médico-légales, a progressé à pas de géants, et on est arrivé à établir des règles d'une précision mathématique pour évaluer la gravité des lésions en rapport avec la capacité de travail et pour le diagnostic de la simulation et des accidents provoqués. Pour les cas de fausse surdité, totale ou partielle, uni ou bilatérale, on a imaginé des procédés d'une exactitude incontestable qui offrent aux experts en otologie les moyens légaux d'éventer l'hypovalence acoustique feinte. On en a la preuve en ce que, au cours de la dernière guerre, l'otologie s'est trouvée en meilleure posture que la médecine générale et les autres spécialistes, la neurologie y comprise, vis-à-vis du nombre extraordinaire de fraudeurs, fauteurs de lésions qu'il a fallu démasquer et rappeler à leurs devoirs. Alors qu'il ne s'agit que d'une expertise générale, le médecin légiste possède une culture suffisante pour se livrer à un examen complet des prétendues lésions qu'il doit dépister et il peut émettre un jugement pondéré sur n'importe quelle branche de la médecine, mais pour l'otologie qui embrasse un champ assez ardu, seul un expert spécialiste est susceptible de faire autorité, vu que l'étude médico-légale de l'oreille demande un ensemble de connaissances anatomiques, fonctionnelles, cliniques, pathologiques et thérapeutiques.

Il est avéré que jusqu'à une époque très récente les praticiens étaient presque dénués de notions en matière otologique et que la majeure partie du public est édifiée sur cette lacune de la culture professionnelle; ainsi s'explique la fréquence des simulations de lésions auriculaires; cet organe, outre qu'il se prête à merveille à la fraude, a été peu étudié au point de vue physio-patho-

logique. Le mal gît en ce que des otologistes peu consciencieux profitent de ces lacunes en jouant de l'incompétence de la clientèle et de leurs confrères, pour feindre d'accomplir des miracles en cas de maladies incurables et s'arroger des mérites inventés grâce à leur charlatanisme. Il est regrettable d'avoir à constater fréquemment les erreurs de ces spécialistes privés de scrupules et de devoir les blâmer chaque fois que, dans la pratique, on se rend compte de leurs méfaits. Les subterfuges les plus nocifs pour les malades sont ceux qui se vérifient en cas d'opérations effectuées au cours d'affections aiguës ou chroniques de l'oreille dans lesquelles la mastoïde est intéressée.

Chacun de nous a observé des fistules rétro-auriculaires consécutives à une intervention mal réussie ; il s'agit alors d'une faute opératoire imputable à une impéritie dangereuse ou à une confiance exagérée de l'opérateur dans ses capacités chirurgicales. Parfois au contraire, nous sommes en présence de malades qui, pour la forme, ont subi une intervention que l'on a fait passer pour très délicate, tel l'évidement pétro-mastoïdien ; la plupart du temps, il ne s'agit que de l'incision de Wilde, associée ou non à un grattage du périoste. La sécrétion auriculaire et les autres manifestations qui accompagnent les phlogoses oto-mastoïdiennes chroniques subsistent, mais la cicatrice opératoire est visible. On hésite sur le point de savoir si l'opération radicale a été effectuée avec suture par première intention des parties molles, insuffisantes pour enrayer le processus morbide, où si l'on est en face d'une intervention simulée. Comment découvrir la vérité ? Opérer à nouveau serait vite fait, mais on doit toujours compter avec la volonté du malade qu'il faut respecter, même lorsque l'existence est menacée, d'autre part on éprouve une certaine hésitation à intervenir en cas de lésion précédemment traitée. Au cas où l'opération radicale aurait déjà été pratiquée il serait contraire à la morale de la renouveler. Il advient aussi que l'on tombe sur un terrain vierge ou insuffisamment exploré, capable de nous réserver des surprises, d'où la nécessité de se rendre un compte exact de l'état de choses.

L'examen otoscopique nous renseigne incomplètement. Lorsque l'opération radicale a été soigneusement faite et que la brèche mastoïdienne a été oblitérée par première ou par seconde intention, au moyen d'une plastique périosto-cutanée, l'endoscope nous montre une large cavité parfaitement épidermisée, mais qui présente encore quelques granulations.

Ce tableau devrait être de règle pour toutes les opérations.



effectuées par le procédé classique, mais il constitue l'exception, vu que par suite d'un ensemble de circonstances diverses qu'il serait oiseux d'énumérer, les suites de l'intervention amènent des incidents anatomiques imprévus, parmi lesquels la sténose ou la déviation prononcée du conduit et l'envahissement du champ opératoire par du tissu fibreux néoformé, sans omettre la récédive ou la persistance de l'inflammation due à la carie profonde du temporal non atteinte par la démolition opératoire. D'autre part, en cas de suppuration tympano-mastoïdienne de vieille date, il se peut que le processus morbide entraîne graduellement la destruction du contenu et des parois de la caisse comme les instruments le font au cours de l'opération radicale ; ainsi l'examen otoscopique nous offre un spectacle analogue à celui que nous observons après l'évidement pétro-mastoïdien.

En résumé, le plus souvent, l'examen objectif nous induit en erreur au lieu de nous guider dans la voie. Pour atteindre ce but, on a songé à employer la radiographie.

Nous ne croyons pas nous vanter en disant que nous avons été des premiers à prévoir la valeur de la radiographie pour l'étude topographique de l'organe de l'ouïe. Dès 1909, nous avons émis cette idée dans un opuscule n'ayant aucune prétention scientifique et servant simplement d'indication aux personnes compétentes en la matière ; nous avons eu la satisfaction de voir la question bien accueillie en Italie et surtout à l'étranger. Bien entendu les difficultés que présente la radiographie du temporal ont entraîné de laborieuses recherches peu concluantes. C'est seulement au cours des deux dernières années que le progrès de la technique et la multiplicité des tentatives ont abouti à des résultats assez concrets, mais encore éloignés de la perfection qui ne sera probablement jamais atteinte. Dans un récent mémoire consacré à l'examen radiologique du développement de l'oreille au cours de la vie fœtale, après avoir énuméré rapidement les travaux parus et consigné nos recherches personnelles effectuées avec le plus grand soin, nous n'avons pas dissimulé notre scepticisme, quant à la possibilité de faire *bénéficier la région pétro-mastoïdienne des lumières de la radiographie*, ainsi que s'exprime Gaillard. Cet auteur a rédigé une intéressante monographie sur la radiographie des mastoïdites, dont il décrit la technique ; il fournit les indications cliniques de la méthode qui est la plus perfectionnée que l'on connaisse jusqu'ici, mais davantage au point de vue anatomique que pour la pathologie du temporal, et ceci pour des raisons diverses.

Si, actuellement, la radiographie de la région pétro-mastoïdienne ne nous permet pas de découvrir une affection, elle suffit à nous guider topographiquement, aussi faut-il l'appliquer afin de se renseigner sur l'état de l'os après une intervention radicale. Il s'agit en somme, de voir ce que la gouge a démolé sans se préoccuper de la lésion elle-même. A cette fin nous avons radiographié le temporal selon la technique la plus récente, exposée par Gaillard, chez des sujets opérés d'évidement pétro-mastoïdien avec suture par première intention de la plaie opératoire rétro-auriculaire. Les premiers essais furent peu encourageants, vu que la superposition des plans osseux sur le radiogramme tout en permettant de décèler une lacune dans la masse osseuse, empêchait totalement d'en discerner l'ampleur, les limites, la forme, en dépit de la comparaison avec le côté opposé indemne. On recourut alors à un petit artifice qui permet, par une image négative, de rendre visibles tous les détails de la cavité opératoire sans nuire en aucune façon à la netteté de la radiographie, ni gêner aucunement le patient. Il s'agit d'obtenir l'impression de la brèche opératoire avec une substance imperméable aux rayons Roentgen et que l'on projette sur la plaque comme un corps étranger reproduisant à la perfection toutes les caractéristiques de configuration et de siège.

La substance choisie pour son imperméabilité aux rayons X est le sulfate de baryum en usage pour la radioscopie de l'appareil digestif, plus inerte et moins irritant que le carbonate de bismuth au contact des sinus. On abandonna l'idée de l'incorporer à un véhicule semi-solide, tel que la pâte de Beck vu la difficulté de l'extraire de la cavité opératoire après l'épreuve; on préféra imbiber une mince bande de gaze à bords non effrangés (connue dans le commerce sous la dénomination de *rouleaux otologiques*), d'un mélange de sulfate de baryum et de gomme arabique dilué dans l'eau et soumis à l'ébullition. L'adjonction de la gomme permet l'adhérence parfaite de la substance au tampon. La gaze ainsi préparée est desséchée dans un appareil thermique à une chaleur modérée et on la conserve *aseptiquement*. Au moment de s'en servir, après avoir bien détergé le champ opératoire, on en tamponne délicatement les moindres recoins et on l'insère jusqu'à la limite du conduit cartilagineux qui ne devra pas être dépassée. Dès que la radiographie est terminée, on enlève la gaze au sulfate de baryum, avec la certitude de n'avoir pas nuí au processus de réparation de la cavité opératoire ni d'avoir lésé les tissus intra-auriculaires. Chaque radiographie demande deux poses, l'une dans la projection transversale oblique, l'autre dans

la sagittale oblique ; la première nous renseigne sur l'ampleur, la seconde sur la profondeur, et toutes deux sur la configuration de la cavité chirurgicale.

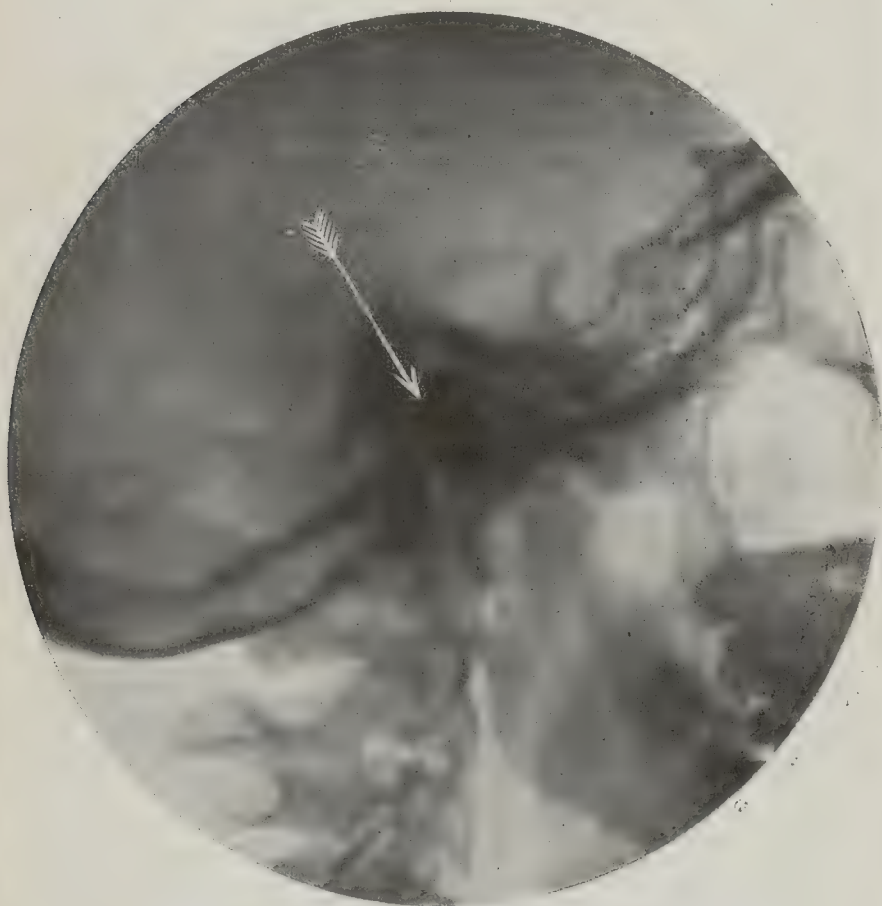


FIG. 1

Au début nous avons appliqué ce procédé sur les malades qui offraient les meilleures conditions de succès du radiogramme, par la suite on choisit des sujets chez lesquels les suites opératoires n'étaient pas normales ; les résultats furent satisfaisants dans les deux cas, au point que l'étude d'ensemble des radiographies nous permet de nous forger une idée précise du rôle des rayons Röntgen en cas de séquelles de la *radicale*. A titre d'exemple,

nous montrons deux clichés obtenus d'après des radiogrammes effectués chez un jeune homme porteur d'une affection auriculaire chronique et dont l'observation relatée ci-dessous est fort intéressante.

Q. G..., 18 ans, étudiant. Rien dans les antécédants ni parmi les collatéraux. Ecoulement bilatéral des oreilles dès les premiers mois de l'existence ; l'otorrhée gauche fut enrayée vers la douzième année grâce à une médication d'eau oxygénée et de gaze médicamenteuse, mais à droite la suppuration persista, à part quelques périodes d'amélioration. Quoiqu'on eût modifié le traitement local en employant des instillations de protargol et des pansements de gaze, la phlogose persistait, et même on voyait fréquemment surgir des excroissances polypôides de la muqueuse de la caisse tympanique qu'il fallut extraire par la voie du conduit quatre fois en l'espace de quelques mois. Il y a un an environ, la suppuration auriculaire se compliqua d'une tuméfaction douloureuse de la région mastoïdienne. Cet état persistait en mars 1923, lorsque le malade se trouvant dans une ville de province subit une opération sous-anesthésie locale ; on prétendit avoir effectué la *radicale*. Quoiqu'à la suite de cette intervention le malade ait été soulagé de ses troubles subjectifs, les résultats furent piteux ; la brèche rétro-auriculaire se ferma rapidement laissant subsister une fistule rendant du pus et il fallut à nouveau extirper les masses polypôides qui s'étaient reformées. C'est dans cet état qu'il se présenta au professeur Ferreri ; il accusait une céphalée continue et parfois, des vertiges et des mouvements incoordonnés ; hypoacousie marquée, même à gauche. De ce côté on remarquait sur le tympan les cicatrices d'une suppuration d'ancienne date. A droite, le conduit était fortement sténosé rempli de muco-pus ce qui s'opposait à l'insertion d'un otoscope ; la région mastoïdienne présentait une cicatrice irrégulière, curviligne, parallèle à l'attache du pavillon, avec une fissure très étroite du trajet supérieur, au revers de la paroi du conduit ; en pressant sur la mastoïde, revêtue de tissu mou succulent, en correspondance de la fistule, on provoquait l'issue des matières purulentes du conduit auditif. Cet état nécessitait une nouvelle intervention radicale d'urgence.

Le 9 septembre 1923, sous anesthésie morphino-chloroformique, on incisa les parties molles, en correspondance de l'ancienne cicatrice rétro-auriculaire et l'on tomba sur un périoste hypertrophié et adhérent fortement au plan osseux, qui, mis à nu, ne présentait aucun vestige de démolitions précédentes. Continuation normale du processus d'*exentération* pétro-mastoïdienne par la méthode de Zaufal. On découvrit de multiples foyers d'ostéo-myélite fongueuse.

Au niveau du toit de l'antre et de la caisse qui sur certains points découvraient la dure-mère d'un aspect granuleux et d'une couleur rouge sombre. Après avoir soigneusement abrasé toutes les parties malades, en évitant de léser les granulations de la dure-mère et régularisé le champ opératoire, on fit la plastique et on sutura la plaie rétro-auriculaire. Les suites opératoires furent satisfaisantes ; la partie cruentée adhéra sans discontinuité. Au début la suppuration était abondante et fétide,



mais elle se tarit grâce aux pansements quotidiens pratiqués d'abord avec de la gaze à la formaline sèche, puis avec de la gaze stérilisée imbibée d'alcool salicylé (solution à 50 % d'acide salicylique dans l'alcool rectifié à 70° avec légère addition de cocaïne. Actuellement on change le pansement tous les deux jours, mais les tampons sont presque nets.

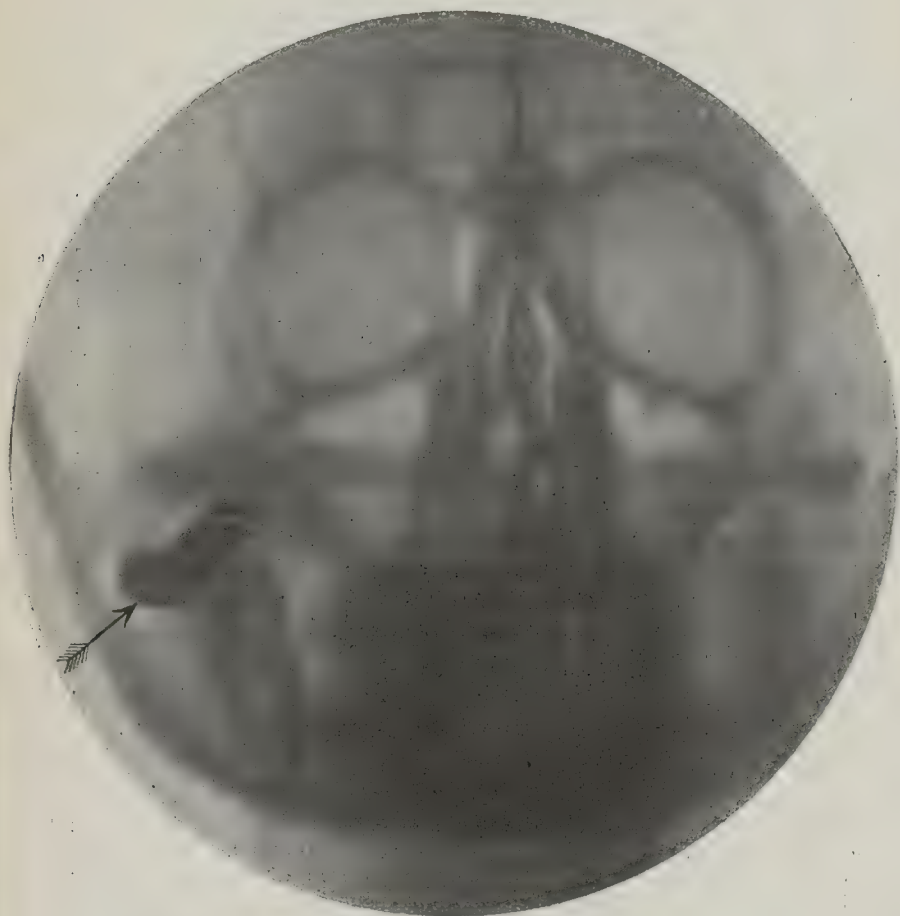


FIG. 2

Nous avons choisi cette observation parmi celles que nous avons recueillies, parce qu'elle a servi de point de départ à ce petit mémoire. Il en résulte nettement que l'opération subie par le malade avant de venir nous consulter au lieu d'être la *radicale* n'était qu'une incision de Wilde mal faite et qui ne fut suivie d'aucune

tentative de démolition osseuse. Nous nous abstiendrons de rechercher si la conduite de l'opérateur fut inspirée par la mauvaise foi ou l'ignorance, puisqu'il n'avait même pas tenté de faire ce qu'il avait annoncé. Nous insistons sur nos hésitations devant l'impossibilité de reconnaître si le malade avait été soumis à l'évidement pétro-mastoïdien avant de nous décider à une autre intervention, d'où la valeur réelle de l'examen radiographique qui, devant l'incertitude de l'examen objectif nous renseigne d'une façon précise. Dès que nous serons habitués à ce procédé nous n'éprouverons aucune difficulté à délimiter une ancienne opération tympano-mastoïdienne.

---

# SUR LA PARALYSIE ISOLÉE DU DILATATEUR DE LA GLOTTE

Par le Dr **CISLER**

Professeur de rhino-laryngologie à l'Université tchèque de Prague.

---

Sous l'appellation de paralysie du dilatateur de la glotte (*m. cricoarytaenoidei postici*) on entend premièrement l'état où l'extrême abduction de la corde vocale est annulée ; la corde vocale se tient, pendant la respiration tranquille, dans la position intermédiaire (dite à tort cadavérique). Elle garde sa motilité sur la distance restante, c'est-à-dire qu'elle s'adducte pendant la phonation exactement dans le plan médian, pendant l'inspiration elle se retire dans la dite position intermédiaire.

Mais sous ce terme on comprend aussi l'image où la corde vocale reste immobile sur la ligne médiane aussi bien pendant la phonation que pendant l'inspiration.

Si cette deuxième image est toujours un résultat naturel de la première, on ne peut faire d'objections contre ce terme. Tout au plus accepterait-on les diverses périodes de la paralysie du dilatateur. Mais comme la deuxième image ne survient pas toujours après la première, qu'au contraire elle provient aussi après une paralysie récurrentielle complète (quand celle-ci est en voie de guérison et parce que celle-là est un résultat d'une autre cause que l'exclusion du dilatateur de sa fonction), on voit évidemment que ce terme n'est pas exact.

Avant d'analyser les deux images diverses, on doit discuter dans quelles circonstances on peut accepter l'existence de la paralysie isolée du dilatateur. Autrement dit : on doit signaler toutes les lésions qui peuvent attaquer le posticus exclusivement. A cet égard il faut d'abord mentionner les troubles myopathiques.

Les lésions, concernant exclusivement la musculature laryngée, ne sont pas très nombreuses. A ce point de vue il est connu que les paralysies myopathiques de la musculature laryngée, causées par une dégénération lipoïde, paraissent au commencement de la

tuberculose laryngée (dans sa période catarrhale), mais celle-ci s'attaque aux constricteurs de la glotte, spécialement aux thyro-aryténoïdiens. De même pour les paralysies myopathiques, provoquées par un effort vocal et parfois aussi par une infiltration inflammatoire de la musculature ; mais cette infiltration peut s'attaquer aussi aux nerfs de ces muscles. Alors on ne peut constater de lésion exclusive de la musculature, sans signaler aussi ici l'affection des adducteurs.

De même les paralysies myopathiques provoquées par divers traumatismes (corrosions, suffusions sanguines, périchondrites), par des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, influenza), par diverses intoxications (plomb, arsénic, cuivre, zinc, atropine, morphine, acide oxalique, phosphore, etc.). Dans ces cas non plus la musculature n'est pas atteinte seule, mais aussi les fibres nerveuses. De même le dilatateur de la glotte n'est pas atteint seul, mais aussi un quelconque des muscles ou tout le groupe ; éventuellement les adducteurs peuvent être paralysés avant les abducteurs, comme cela arrive par exemple dans les intoxications par le plomb et par l'arsénic.

Donc de tout ce groupe il ne reste qu'une circonstance, où la musculature peut être attaquée exclusivement, c'est dans la maladie causée par les trichines. Dans ce cas le dilatateur de la glotte est atteint le premier quand, ayant traversé la paroi de l'œsophage, les trichines s'établissent directement dans ce muscle.

Mais la trichinose est une maladie très rare dans notre pays et la paralysie du posticus sera donc aussi très rare de telle manière que son existence est sans importance dans la pratique quotidienne. Dans cette dernière on pense plus à un trouble neuropathique. Du reste, il est à peine acceptable qu'une gomme syphilitique, un ganglion infiltré, une tumeur, etc., n'attaquent que le muscle seul, sans détruire les fibres nerveuses.

Ce serait, du reste, peu possible anatomiquement. Car le nerf du dilatateur ne quitte pas le récurrent indépendamment, mais il sort de sa branche postérieure qui va à l'ary-aryténoïdien. Déjà par là on est conduit à discuter, au cas d'un des aspects décrits au commencement de cet article, s'il s'agit de paralysie isolée du dilatateur de la glotte ou de lésions concomitantes des autres fibres récurrentielles.

Envisageons d'abord cette période, où la fonction du dilatateur a cessé, mais où la corde vocale n'est pas encore fixée dans la ligne médiane (image de la période classique de la paralysie récurrentielle). L'existence de cette phase qui a été niée de divers



côtés au point de vue clinique, est indubitable aujourd'hui. Assurément elle est constatée rarement, car au début de son affection le malade n'a d'altérations ni de la voix ni de la respiration et elle n'est diagnostiquée qu'à l'exploration fortuite ou systématique.

Mais on peut la constater plus souvent, par exemple en explorant le larynx des hommes auxquels le récurrent a été atteint pendant l'opération du goitre. Elle se développe ici lorsque la position médiane se guérit ; la corde vocale quitte la ligne médiane, elle prend la position intermédiaire et elle commence à se mouvoir sur la distance entre celle-ci et la ligne médiane.

Nous allons d'abord étudier les circonstances de la progression de cet état. Ce tableau de l'épuisement du dilatateur de la glotte se développe-t-il tout d'un coup ? Pas du tout. Nous-même avons eu l'occasion de constater une telle apparition chez un malade (voir notre travail : « Sur la phase classique de la paralysie du dilatateur ». Lékar cozhledy, XI, p. 12), où une corde vocale montrait déjà cette phase terminée, mais où la deuxième corde s'abductait encore sur la distance normale, quoique avec une motilité diminuée, paresseuse. De cette apparition nous déduisons que l'épuisement du dilatateur s'effectue lentement ; les troubles des fibres nerveuses se montrent de prime abord, par une diminution du mouvement fonctionnel et les troubles prédominants ou complets des fibres finissent par rendre impossible l'extrême abduction.

Peut-on estimer que les fibres du dilatateur sont exclusivement perdues ? Certes il est hardi de l'affirmer quand la cause exerce aussi son influence sur les fibres des adducteurs. Peut-être pourrait-on l'admettre dans les cas où cette phase est déjà durable et même quand, comme cela est enregistré parfois dans la littérature, elle reste stationnaire et même quand la cause a perdu son efficacité sur le nerf. Mais aussi, dans ce cas, il est vraisemblable que quelques fibres du dilatateur sont atteintes, quoique la fonction des adducteurs se montre intacte.

Dans quelques cas le trouble du posticus équivaut à l'exclusion expérimentale du dilatateur où, comme on le sait, la position médiane fixée ne se produit jamais.

Le substratum de cette phase devient encore plus clair quand une paralysie récurrentielle totale ou une position médiane se guérissent. Dans ce cas les adducteurs se restaurent avant les abducteurs, sans qu'il s'ensuive souvent une restitution totale de ceux-ci. On peut expliquer ce processus par la reviviscence

des fibres nerveuses, de telle manière que l'effet moteur se montre plus tôt sur les adducteurs que sur les abducteurs. Alors la restitution fonctionnelle ne surviendrait pas dans les phases où les muscles en question se restaurent; mais cela se produit peu à peu; de telle sorte que l'on ne peut parler de paralysies isolées.

A cet égard, cela apparaît encore plus clairement dans le deuxième cas, c'est-à-dire quand la corde vocale est fixée sur la ligne médiane, car cette position est facilitée justement par l'affection des adducteurs. Le mal produisant lentement son effet sur le récurrent, (par exemple en cas de compression par une tumeur), provoque dans le nerf une névrite secondaire qui tantôt irrite tantôt détruit les fibres nerveuses. Une telle irritation provoque une contraction prolongée des adducteurs pendant laquelle il se développe une contracture secondaire du muscle; cette contracture dure ensuite jusqu'à la destruction de toutes les fibres nerveuses.

Dans cette attitude médiane de la corde vocale (où celle-ci peut rester immobilisée plusieurs années, si le mal ne continue pas), la corde vocale n'est pas toujours linéaire, mais elle est souvent excavée sur son bord libre, ce qui signifie évidemment que le muscle vocal est lui-même atteint. Si le processus évolue, l'ary-aryténoïdien cesse de fonctionner, puis le muscle crico-aryténoïdien latéral et alors la paralysie du récurrent est totale.

Il semblerait que les examens anatomo-pathologiques puissent être ici décisifs. Et vraiment si quelques auteurs (PENZOLD, EISENLOHR, SCHULZ, etc.), n'ont trouvé que des troubles dégénératifs du posticus (les adducteurs étant intacts), la plupart des auteurs ont décrit des cas où les adducteurs montraient aussi des troubles pathologiques, ordinairement moins avancés que ceux des abducteurs (ce qui est évident).

Mais même les cas où le posticus montre des troubles pathologiques, ne sont pas absolument persuasifs. Car, comme nous l'avons vu à l'examen histologique d'un tel cas (V. Sur le rapport des troubles pathologiques de la musculature laryngée à la loi de Semon-Rosenbach. *Casop. cès. lek.*, 1904), il n'y a pas de proportion entre les troubles de la musculature (ou ceux des nerfs) et la fonction musculaire. Si bien que l'un des muscles peut déjà souffrir fonctionnellement et pourtant on n'y peut constater de troubles pathologiques. En somme, la recherche anatomo-pathologique ne montre pas toujours, ni clairement, une paralysie isolée du dilatateur dans la position médiane de la corde vocale.

Il est encore possible d'ajouter : les abducteurs sont compa-

rés aux extenseurs, les adducteurs aux fléchisseurs des extrémités ; — et ici les extenseurs sont paralysés plus tôt que les fléchisseurs. Mais par ce mode d'apparition il n'est pas encore démontré que les extenseurs seuls soient atteints et que les fléchisseurs soient totalement intacts. S'il en était ainsi, l'effet moteur des fléchisseurs ne serait pas changé ; mais la mesure de la force a démontré clairement qu'elle est plus petite que dans les circonstances normales. Alors on peut déjà présumer ici une lésion partielle des fléchisseurs.

En réfléchissant encore à tout cela, on voit avec évidence qu'il ne peut s'agir d'une hypothétique vulnérabilité plus grande des abducteurs vis-à-vis des adducteurs ; mais que les conditions anatomiques jouent le rôle principal, comme GRABOWER l'a démontré (c'est-à-dire que le posticus est absolument et relativement de tous les autres muscles laryngiens le plus pauvre en fibres nerveuses). Aussi dans les processus pathologiques, le posticus s'épuise avant les autres muscles. Mais quelques fibres nerveuses des adducteurs sont déjà atteintes, alors même que la motricité des adducteurs serait encore apparemment intacte.

Donc il résulte de toute cette étude que le diagnostic d'une paralysie du dilatateur — en ce sens que cette appellation se rapporterait à sa paralysie isolée — doit être prudent. Car à l'exception de la rare possibilité de l'affection du posticus par les trichines, on doit ordinairement penser que si les troubles pathologiques sont prédominants dans le muscle cité, il y a déjà aussi une lésion partielle des adducteurs.

Pour ce motif, car il ne s'agit que d'une étape dans la progression (ou dans la régression) de la paralysie récurrentielle, il vaut mieux parler de *phase première* (extrême abduction de la corde vocale annulée), de *phase seconde* (position médiane fixée), et de *phase troisième* (paralysie récurrentielle totale).

---

# L'HÉLIOTHÉRAPIE DANS LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Par le D<sup>r</sup> **LESOURD.**

(*Sanatorium des Pins*).

---

Aujourd'hui encore le bain solaire du larynx est peu employé dans le traitement de la tuberculose laryngée.

Pourtant, cette méthode n'est pas une nouveauté. Dès 1900, Antonin Poncet de Lyon avait prophétisé sa naissance en disant que toutes les tuberculoses sont du domaine de l'héliothérapie; mais c'est en 1902 qu'elle a été mise au monde par l'Américain Stilman de Columbus, et c'est en 1906 qu'elle fut introduite en France par les professeurs Collet et Moure. Et cette question n'a pas cessé depuis, de retenir l'attention, grâce à des travaux remarquables parmi lesquels on doit, parmi les plus récents, citer surtout ceux d'Alexandre (1912), de Philipps (1914), de Lavielle et Saupiquet (1916).

Mais depuis quelques années, avec André Nepveu (1909), Stumpké (1919), Thedering (1921), Dufestel (1922), l'héliothérapie laryngée a une sorte de concurrence à soutenir de la part de la photothérapie laryngée que, par contresens, on a qualifiée d'héliothérapie artificielle et dont les pronateurs déclarent que, scientifiquement, médicalement, pratiquement et financièrement la photothérapie est supérieure à l'héliothérapie.

Dans ces conditions, il nous paraît opportun de revenir aujourd'hui sur cette grande question, avec, pour nous, les avantages du recul et des plus amples matériaux. Dans cette étude critique, nous nous proposons d'insister un peu sur les données scientifiques actuelles de l'héliothérapie laryngée, sans rien négliger des récentes acquisitions de l'observation clinique. Ainsi, au cours de ce travail, on pourra apprécier les reproches récemment adressés à la méthode.

\*  
\*\*

Voyons d'abord comment est constitué le faisceau utilisé dans le larynx. Qu'il soit bien entendu qu'au cours de cette étude il



ne sera pas question de l'insolation directe interne par voie ortholaryngoscopique qui n'est pas pratique, ni de la méthode de Blumenthal, après thyrotomie, qui n'a donné que des insuccès. Il ne sera question que d'héliothérapie par réflexion simple ou double. Qu'il soit entendu encore que si nous employons l'expression de rayons calorifiques ou actiniques, c'est par esprit de routine et pure commodité de langage ; toutes les radiations simples ont les mêmes propriétés à des degrés variables et ne diffèrent sensiblement que par leur longueur d'onde, mesurable en unité Angstrom qui vaut un dix-millionième de millimètre. Dans ces conditions un faisceau de rayons solaires, au cours de son trajet buccal, pharyngé et laryngé, subit des modifications dans sa direction, son intensité et sa nature.

Au point de vue géométrique, l'étude en est très simple. A un faisceau quelconque de radiations simples, on peut appliquer toutes les lois bien établies pour la lumière : lois de la propagation absolument rectiligne dans la traversée de l'air, milieu homogène transparent, lois de la réflexion régulière sur une surface polie, plane et courbe, lois de la réfraction en milieu isotrope, dans la traversée du verre des miroirs. Ces radiations, unies au départ, ne se séparent plus dans leur trajet, malgré des changements de direction du faisceau et secondairement de forme. En pratique le seul point qui nous intéresse, c'est la section de ce faisceau de rayons parallèles réfléchis, produite par le plan de la glotte et plus particulièrement encore, c'est l'axe de ce faisceau passant par le centre de la lésion pathologique. Or l'incidence de ce faisceau est modifiée par l'orientation du miroir laryngoscopique. Déductions pratiques : nous voyons la nécessité d'un contrôle médical des débuts d'insolation et d'une bonne éducation laryngoscopique préalable du malade ; la méthode ne présente réellement aucune difficulté et le malade arrive vite à localiser le rayon sur le point pathologique quand on lui a bien montré, sur son larynx, le champ optimum d'insolation. Nous remarquons aussi, avec Nepveu, que « par une simple conséquence de la direction des rayons lumineux, les lésions horizontales seront beaucoup moins influencées que les lésions verticales ». Nous accordons enfin un certain avantage aux appareils (comme celui de Saupiquet) à mise au point fixe et automatique ; une fois l'appareil réglé, le malade l'enlève et le remet, en trouvant instantanément la meilleure position préalablement établie.

Passons au point de vue quantitatif. Pour nous l'intensité est l'action chimique, calorifique ou actinique qui pourrait être

recueillie sur une surface déterminée, par exemple l'unité de surface si cette surface était accessible à nos appareils de mesure (thermomètre, bolomètre, ionomètre, ampoule photo-électrique, papier photographique), ce qui n'est pas le cas pour un larynx. A défaut de mesures possibles, considérons donc que l'intensité du faisceau parvenu à notre point d'élection est subordonnée à divers facteurs.

C'est d'abord la valeur du rayon incident qui se trouve diminué par réflexion et par absorption dans l'atmosphère, c'est la dimension du miroir laryngoscopique qui se trouve forcément réduite (n° 4 en moyenne, n° 7 au maximum) ; c'est la valeur de l'angle d'incidence sur le laryngoscope, valeur avec laquelle varie le pouvoir réflecteur absolu ( $r$ ) de la surface réfléchissante (pour le verre  $r$  est avec un angle de  $20^\circ = 7,5$  ; avec un angle de  $60^\circ$ ,  $r = 18$  ; avec un angle de  $80^\circ$   $r = 33$ ). Ce sont les phénomènes de diffusion de certains rayons dans la traversée de l'air humide, du canal pharyngo-laryngé ; ce sont enfin les phénomènes d'absorption par les faibles épaisseurs de verre traversées. Au total donc, la quantité initiale des radiations est diminuée à l'arrivée sur la glotte et un grave reproche fait à l'héliothérapie laryngée, c'est l'intensité trop faible et trop irrégulière du rayon solaire. En conséquences découlant de ces constatations pratiques, il importe de conserver au faisceau incident la plus grande puissance possible. Il y a intérêt, dans certains cas, à adjoindre un dispositif de concentration, à réfléchir les rayons sur le laryngoscope avec un miroir concave (foyer = 33 cm) ; ce qui entraîne l'usage d'un deuxième miroir plan de contrôle, mais ce qui permet, en déplaçant de foyer, de graduer l'intensité incidente.

L'héliothérapie laryngée se pratiquera de préférence dans des conditions atmosphériques, saisonnières et climatiques spéciales (à l'altitude de préférence). Si l'insolation est plus commode, quand le soleil est éloigné du zénith, c'est une erreur de faire la cure, quand le soleil est très bas sur l'horizon, parce qu'alors beaucoup de radiations sont absorbées par l'atmosphère. En dernier lieu, en raison de la faible intensité du faisceau recueilli, on doit envisager une cure longue, nécessitant patience et quelques ressources financières. (A titre d'indication, disons que la plupart des malades guéris par Künwald furent traités de quatre à six mois et subirent de 23 à 44 heures d'insolation).

Passons enfin au point de vue qualitatif. On peut remarquer d'abord que pour être renvoyé par les surfaces réfléchissantes de

deux miroirs, le faisceau doit traverser deux fois chaque verre, soit en tout quatre épaisseurs, représentant au maximum 6 millimètres. Or les recherches de Cornu et Simony ont établi que le verre absorbe en lames de 6 millimètres, toutes les longueurs d'onde inférieures à 3020 unités Angstrom. C'est cette crainte de l'absorption des rayons par le verre et d'un dépouillement de presque toute la partie ultra-violette du spectre, qui a arrêté le plus les progrès de l'héliothérapie laryngée. En réalité, la réduction qualitative est de peu de valeur pour nous ; car il ne faut pas oublier qu'au bord de la mer l'air, sous une grande épaisseur, arrête les irradiations au-dessous de 2200 unités A, qu'à Paris, le spectre invisible s'étend, au plus, jusqu'aux rayons de 2948 unités A de longueur d'onde et au Pic Ténériffe jusqu'à 2922 unités A, et il ne faut pas oublier d'autre part que, pratiquement, tout ce qui est situé au-dessus de 2530 unités A serait inutilisable en thérapeutique. Cette réduction qualitative est encore peu sensible, parce que le verre ordinaire de 6 millimètres reste transparent, au-dessus de notre chiffre de 3020, a presque tout l'ultra-violet ordinaire, qui va de 3970 à 3000 A, seul en question pour nous dans l'héliothérapie laryngée ; d'ailleurs, on pourrait à la rigueur se servir pour nos miroirs de verre Uviol qui laisse passer sous une épaisseur de 6 millimètres jusqu'aux rayons déjà destructifs et abiotiques de 2330 A, ou encore se servir de quartz (silice pur), qui en lames de 2 millimètres laisse passer les ultra-violets au-dessus de 1500 unités A ou même de fluorine (spath fluor ou fluorure de calcium) matière encore plus transparente qui est coûteuse et difficile à travailler. Mais l'usage de toutes ces substances est pour le moins inutile.

On peut remarquer encore que pour l'argenture des miroirs le pouvoir réflecteur absolu ( $r$ ) est très médiocre au voisinage de la longueur d'onde 3200 A (tandis que pour les radiations visibles  $r$  est égal à 0,90, pour la radiation 3160 A,  $r$  est égal à 0,03) et les belles études spectrographiques de L. Philipps guidées par le professeur agrégé Nogier ont confirmé que l'argent poli et même le quartz argenté réfléchissent mal les radiations ultra-violettes en bloc, surtout encore au même voisinage de 3200 A. Philipps ajoute que si l'on doit ne faire perdre à la lumière aucune de ses qualités, il est nécessaire d'employer comme surface réfléchissante le nickel poli : préoccupation assez peu fondée, car les ultra-violets extrêmes n'existent pas dans notre spectre solaire et de plus nous n'admettons ici, comme intéressantes en thérapeutique, que les radiations ultra-violettes ordinaires à longueur

d'onde les moins courtes, parce que les seules suffisamment pénétrantes.

En résumé, de ce chapitre physique, nous constatons que le faisceau suivi par nous depuis son incidence a dévié dans sa direction, varié en quantité et est encore modifié dans sa qualité par l'absorption du verre et la réflexion de l'argent. Mais des déductions pratiques découlent de ces constatations pour la meilleure utilisation du rayonnement. D'ailleurs, il convient de rechercher maintenant si, dans ses variations, le faisceau a perdu les vertus thérapeutiques que nous lui demandons.

\*  
\* \*

Quelle est l'action du faisceau solaire sur un larynx tuberculeux ? Nous ne savons rien sur le mécanisme intime de la détente de la puissante énergie accumulée dans la radiation, rien sur son utilisation par les cellules ou leurs atomes adaptés comme récepteurs, rien sur sa transformation finale en force vitale ; mais ce que nous constatons formellement en clinique ce sont les résultats biologiques de ces phénomènes, la vasodilatation, l'analgésie, l'antisepsie.

La *vasodilatation* que l'on constate, peut être attribuée à des rayons de grande longueur d'onde, par conséquent très pénétrants de la zone spectrale des infra-rouges obscurs,  $\lambda = 6.980 \text{ A}$ . Le premier effet de l'hyperémie laryngée serait d'aider à l'absorption en surface par le sang de rayons de plus courte longueur d'onde, quoique pourtant, à un certain degré, les radiations dites calorifiques soient frénatrices et même antagonistes des radiations dites chimiques (expérience de Thedering sur la peau). Un autre effet de l'hyperémie laryngée est une stimulation de la tonicité vasculaire toujours atteinte dans l'affection qui nous occupe et une rénovation des tissus malades qui, activés dans leurs réactions humérales, dans leur nutrition et leur karyokynèse, cessent de suppurier et élaborent la sclérose progressive, barrière de l'envahissement caséux. Enfin cette hyperémie laryngée entraîne une congestion passive comparable aux congestions artificielles de la méthode du thermo-Bier laryngé de Siems, congestions qui, dans l'organe phonateur si riche, surtout au niveau des ventricules, en véritables follicules clos lymphatiques (tonsilles basillaires) est favorable à la diapédèse, à la leucocytose, à la libération des ferments leucocytaires, à la production d'anticorps et d'agglutinines. Cette stase lymphatique explique ces gonflements



et ces infiltrations constatés dans des débuts trop zélés d'insolation laryngée. Elle explique probablement le cas de Moure qui a vu un malade faisant un œdème du larynx inquiétant à la suite d'une première insolation de vingt minutes. Mais disons-le vite, si l'héliothérapie ne doit pas être froide, un excès de radiations calorifiques peut être gênant (sécheresse de la gorge après la séance) et l'aggravation de certains cas d'œdème du larynx a été attribuée par Sorgo, Künwald et Baer à l'influence d'une héliothérapie trop chaude. Déductions pratiques : on ne doit pas faire de cure solaire aux heures trop chaudes de la journée et on doit surtout veiller très exactement à amortir par l'éloignement la concentration des rayons d'un miroir concave ; quant aux essais de refroidissement des rayons par leur traversée d'un récipient d'eau ou de solution saline, nous le jugeons parfaitement inutile sinon illusoire.

L'*analgesie* est le phénomène le plus fréquemment constaté. Les pharynx hyperesthésiés s'assagissent vite à l'usage du bain de soleil ; les réflexes d'arrière-gorge et la toux d'irritation disparaissent ; de même le larynx devient vite insensible à l'application des rayons. Enfin la dysphagie, symptôme subjectif si fréquent cède à l'héliothérapie quand elle est encore praticable. D'après Hilliard, puis Cavalié (Bordeaux 1906) cet effet calmant serait dû aux radiations dites bleues indigo violettes avec le maximum un peu en deçà du violet dans la longueur d'onde 4000 Å.

Quant à l'effet *antiseptique* direct des radiations lumineuses il est certain. D'une part les bacilles de Koch contenus dans les crachats étalés sur des lames de verre sont détruits en dix minutes d'insolation en été. Un crachat stagnant, reconnu bacillifère, prélevé sur un de nos laryngés, est insolé pendant une séance d'une heure puis introduit sous la peau d'un cobaye ; l'animal n'est pas infecté. D'autre part, d'après M. et M<sup>me</sup> Victor Henri et Baroni, les rayons ultra-violets émis par une lampe en quartz à vapeur de mercure font perdre en quelques minutes leur acido-résistance aux bacilles qui sont tués en dix minutes. Il est donc prouvé : 1° que cette action antiseptique est déjà satisfaisante avec les rayons ultra-violets avoisinant la partie bleue ou verte du spectre visible, quoiqu'elle reste superficielle ; 2° que cette action antiseptique serait plus puissante avec des rayons ultra-violets de plus courtes longueurs d'onde, filtrés (ceux de la lumière artificielle). Mais peu nous importe ! L'action des violets moyens ou extrêmes resterait encore superficielle, puisque l'absorption d'une radiation lumineuse est d'autant plus marquée que la longueur d'onde est

plus courte (et Jansen fixe le chiffre de 3220 A, comme longueur d'onde au-dessous de laquelle les couches superficielles de la peau n'admettent aucun rayon). De plus l'action de ces ultra-violets moyens ne nous intéresserait pas parce que les lésions de la tuberculose laryngée ne siègent pas seulement dans le revêtement d'épithélium stratifié plat ou cylindrique à cils vibratiles, mais plus profondément surtout dans le chorion où passent vaisseaux et lacs lymphatiques et même dans les cartilages. Il faut bien citer les expériences plus récentes de Schultz (citées par Dufestel) établissant que les ultra-violets moyens de 2650 A traversent une oreille de lapin vivant, mais il n'en reste pas moins encore que ces rayons sont abiotiques et destructeurs et que pour utiliser les radiations nuisibles, un larynx ne peut s'adapter comme une peau, par érythème ou par pigmentation « protecteur naturel contre les courtes longueurs d'onde ». Est-ce à dire que l'effet antiseptique est toujours superficiel ? Non, en profondeur, il est dû à une réaction secondaire des tissus eux-mêmes et stérilisatrice des bacilles, ou encore à une exaltation des phagocytes sous l'influence de rayons de longueurs d'onde supérieure à celle des ultra-violets (bleu et vert).

En résumé de ce chapitre, nous pouvons conclure que les trois effets biologiques dominants du soleil sur une muqueuse laryngée sont favorisés par une sage proportion des divers rayons et compromis par l'excès de l'un d'eux ; que les radiations à utilité optima dans notre cas ont une longueur d'onde comprise entre 4060 A (bleues) et 3220 A (ultra-violets ordinaires) avec limite extrême en pratique, de 7000 A à 2922 (altitude élevée). Un rayonnement aussi large et varié ne se trouve que dans la lumière solaire intégrale ; c'est déjà un point d'acquis par nous.

\*  
\* \*

La TECHNIQUE, employée actuellement, s'est récemment enrichie de nouveaux appareils, mais reste en conformité avec les principes scientifiques précédents. La méthode d'application se divise en procédés utilisant les rayons solaires dirigés vers le larynx, *par réflexion simple ou par double réflexion avec ou sans appareil.*

La première consiste à recevoir les rayons solaires aussi directement que possible sur le miroir laryngoscopique, le malade face au soleil : 1° La réflexion simple, sans appareil, c'est la méthode de Collet et probablement de Stilmann où le malade

projette sur son larynx les rayons solaires directement reçus sur un miroir laryngoscopique placé dans le fond de la gorge et contrôle leur direction au moyen d'une glace ; 2° la réflexion simple avec appareil nous est donnée par trois instrumentations. Celle de Moure et Lavielle, de Luchon (1913), est la plus simple ; elle consiste en une sorte d'entonnoir courbe que le malade introduit dans sa bouche et dans son pharynx, et à la partie coudée duquel se trouve un miroir concave qui réfléchit les rayons sur le larynx. L'appareil de Saupiquet, de Pau (1916), a l'avantage de réaliser la mise au point fixe et automatique : il se compose essentiellement d'un baillon de Whitehead avec deux crémaillères maintenant l'appareil à écartement voulu ; un miroir laryngoscopique est adapté à la branche supérieure de l'ouvre-bouche par une vis qui permet d'en fixer la tige à la fois à la profondeur et dans l'inclinaison désirées ; un viseur, composé d'un verre Fieuzal très épais et d'un point de mire à hauteur réglable grâce à une vis, permet au malade de s'assurer, en maintenant ce point de mire dans la direction du soleil que les rayons solaires tombent bien dans son larynx. Le dernier venu, l'appareil de Kowler, de Menton (1920), appelé par son auteur « Ouvre-bouche insolateur du larynx » et réalisant la pratique du moindre effort de la part du malade, est ainsi établi : un cadre rectangulaire et mobilisable sur un manche cylindrique est terminé en haut par un appui-dent inférieur auquel peut être adapté un abaisse-langue ; sur la branche horizontale du cadre, en son milieu, une petite palette sert d'appui-dent supérieur ; le miroir laryngoscopique est maintenu sous la palette par un cylindre horizontal mobile, de haut en bas, sur un arc de cercle vertical et servant de coulisse dans le sens antéro-postérieur au manche qui le traverse. L'appareil serait en place quand le voile du palais coiffant le miroir laryngoscopique continue le plan du palais osseux et il faut alors diriger la bouche du malade dans la direction du soleil ce qui est sûrement très incommode (voir, sur les figures, l'écran-masque en place).

La méthode de la double réflexion avec ou sans appareil consiste à recevoir les rayons solaires sur un miroir et à les diriger ensuite sur un miroir laryngoscopique tenu par le malade, ce qui n'exige pas des efforts aussi extraordinaires qu'on a bien voulu le dire ; elle a surtout l'avantage d'être utilisable à toute heure du jour quelle que soit la direction du soleil et de laisser la tête du malade à l'ombre, le corps restant insolé au besoin. Elle est représentée par l'appareil d'Alexandre d'Hauteville

(1911), qui utilisa un système de trois miroirs mobiles, le laryngoscope indépendant des autres, un réflecteur concave, en argent, et percé au centre pour la surveillance médicale, et un petit miroir de contrôle placé de manière à réfléchir le champ d'insolation glottique ; ces deux derniers ont sur un point d'attache fixe des mouvements propres : suivant l'intensité du soleil, le malade détermine avec le coulisseau gradué, la distance de sa glotte au miroir réflecteur ; il dispose le miroir de contrôle de manière à bien apercevoir le fond de sa gorge, c'est alors qu'au moyen du réflecteur, il dirige dans sa bouche le faisceau lumineux ; il n'a plus qu'à maintenir la langue tirée et à mettre en bonne place le miroir buccal. Philipps a apporté une modification à cet appareil, elle consiste à remplacer l'argent du réflecteur et du laryngoscope par du nickel poli. L'appareil d'Alexandre a, à notre avis, l'indiscutable mérite de la commodité d'application.

Le procédé d'héliothérapie par double réflexion est encore représenté par le *procédé sans appareil*, la méthode primitive de Sorgo et de Künwald et de Jessen de Davez ; c'est pour nous la méthode de choix, parce qu'elle est facile et que la simplicité la plus extrême ne fait pas obstacle à la perfection de ses résultats. Nous ne reviendrons pas sur sa technique que nous avons déjà décrite en détail ailleurs ; rappelons seulement nos principes d'application. Deux séances par jour et séances progressives de trois minutes d'insolation au début, augmentées de trois minutes à chaque séance : en bonne moyenne deux heures de cure effective par courtes périodes chaque jour, soit environ trois heures de présence au soleil en comprenant les pauses.

En résumé de ce chapitre technique, disons qu'en poursuivant la perfection on n'a le plus souvent trouvé que la complication, mais que si les procédés actuels d'héliothérapie laryngée diffèrent par les détails, tous se ressemblent heureusement dans les résultats obtenus.

\*  
\*\*

Quels sont nos résultats personnels ? A la suite de ses 14 observations (1903), Künwald, assistant de Sorgo, avait conclu que l'action de la lumière solaire donne un résultat qu'aucune autre méthode ne saurait fournir. Nous avons eu l'occasion de noter nous-même, sous la direction du Dr Hervé, une trentaine d'observations qui aboutissent aux résultats de Künwald d'une manière frappante et nous sommes heureux d'apporter ici cette petite



pierre à l'édifice élevé par nos prédécesseurs, à la cure solaire laryngée.

Qu'il soit spécifié, d'abord, dans quelles conditions nous avons observé. Aucune autre thérapeutique locale n'a été appliquée dans les cas étudiés ici, pour ne pas troubler nos constatations. Tous nos malades ont été soumis au traitement général hygiéno-diététique sévère du sanatorium. Nos 30 malades ont fait de la cure solaire plus ou moins longuement, tous l'ont commencée, il y a plusieurs années : tous nos laryngés secondaires, évolutifs, qui présentaient des indications de pneumo-thorax artificiel ont été opérés, en raison de ce fait que nous n'avons jamais vu la lésion laryngée s'aggraver quand la lésion pulmonaire guérit et que nous considérons toujours le pneumo-thorax indiqué comme une médication à distance, adjuvante, sinon efficiente, de la laryngite. Est-ce à dire que ces opérés eussent guéri leur laryngite sans cure solaire associée ? Non, parce qu'on guérit aussi avec cure solaire sans pneumo-thorax, parce que nos pneumothoracisés ont souvent ressenti une amélioration de leurs symptômes subjectifs aussitôt après les séances d'héliothérapie, parce qu'enfin, il est pour nous d'observation courante que les pneumothoracisés de la plaine guérissent mieux leurs lésions laryngées, l'été, où l'on fait la cure, que l'hiver. De même, on pourrait nous objecter la guérison spontanée de certaines formes de laryngites quand le malade est mis dans de bonnes conditions hygiéniques : mais les cas qui arrivent au Sanatorium et que nous avons observés ne sont pas des cas de début. Leurs chances de guérison spontanée ont été épuisées. D'autre part l'expérience nous a appris à nous méfier de ces lésions qui guérissent en un point pour repartir en d'autres et qu'on voit souvent précéder la mort (Eisembach, Lokard) ; enfin, l'observation de Künwald ne laisse pas de doute sur l'activité du rayon solaire ; chez des malades encore peu habiles à pratiquer la cure solaire et qui n'éclairent que la partie postérieure du larynx, on voit une véritable ligne de démarcation entre la région insolée et celle qui ne l'a pas été, entre la partie éclairée et améliorée et la partie non impressionnée qui attend la guérison.

Nous nous refusons à risquer un chiffre statistique de ces 30 cas trop peu nombreux, tous trop différents dans les détails pour être comparables entre eux, mais ce que nous pouvons dire sûrement, c'est que : 1° jamais nous n'avons constaté d'aggravation (accidents congestifs, œdème du larynx), jamais d'incidents imputables à la méthode, brûlures, (cas de Moure et Philipps), pharyngite

hypertrophique (cas de Serge et Künwald); 2° nous avons constaté quelques insuccès, toujours dans des cas mal choisis (M. Dar); 3° nous avons, dans une très grande majorité des cas, constaté des améliorations plus ou moins nettes, plus ou moins durables, jusqu'à faire envisager la guérison. Nous allons citer huit de nos observations les plus intéressantes (4 pneumothoracisés et 4 non pneumothoracisés).

1° M. G..., 27 ans est entré au sanatorium le 20 février 1919. Etat pulmonaire : tuberculose caséuse et largement excavée du lobe supérieur droit, fièvre avec gros amaigrissement. Etat laryngé : dysphonie et dyspnée laryngée. Epiglote très vascularisée, léger épaissement rouge des aryténoïdes (surtout gauche), de l'espace inter-arythénoïdien et des bandes ventriculaires ; les deux cordes boudinées et détendues ont leur bord libre dentelé et sont recouverts de mucosités...

Le malade est pneumothoracisé. Une poussée d'hydrothorax longue et pénible le retient au lit et il aggrave à ce moment, ses lésions laryngées (aphonie et douleurs pharyngées) mais, dès février 1920 il peut se mettre à la cure solaire et arrive à faire durant toute la saison 1920 des séances de deux heures. En mai 1921, il est autorisé à quitter le sanatorium et son état laryngé est le suivant : on ne note plus qu'une légère disphonie, les cordes ont repris leur tonicité et ne présentent plus qu'un peu de rougeur, sans trace nette de l'ulcération : l'espace inter-aryténoïdien reste un peu épaissi.

Voici donc un cas de laryngite à forme surtout ulcéreuse dont le traitement local a consisté en une centaine d'heures d'insolation qui s'est amélioré dès les premières séances et qu'aujourd'hui on peut considérer comme guéri puisque le malade a recouvré une voix normale et qu'il n'a jamais eu d'accidents depuis quatre ans malgré ses relations commerciales d'éleveur.

2° M. R..., 25 ans, est entré au Sanatorium le 13 décembre 1920. Etat pulmonaire : lobite supérieure droite, avec cavité au-dessus de la scissure ; fièvre, expectoration abondante et bacillifère ; malade ayant subi antérieurement une tentative infructueuse de collapsothérapie. Etat laryngé : aphonie complète, dyspnée laryngée et dysphagie douloureuse. Infiltration de l'épiglotte avec un repli œdématisé à la base de la face laryngée ; régions aryténoïdienne et interaryténoïdienne rouges, bourgeonnantes, sanieuses et anfractueuses ; courbures, éminences et dépressions normales sont noyées dans l'infiltration ; les bandes sont bosselées, tendues, et au milieu de la bande droite, on voit une ulcération (ou une large fistule d'abcès). Les cordes sont presque dissimulées à la vue par les bandes, néanmoins leurs bords libres présentent des encoches ulcérées. Tout l'organe est baigné de pus laryngé et stagnant. Le pneumothorax artificiel est pratiqué avec succès : poussée d'hydrothorax fébrile sans aggravation nette des symptômes laryngés. En mai 1921 le malade est en état de faire la cure solaire locale ; il en devient vite un fervent parce que toute douleur laryngée a cédé d'emblée ; par séances de deux heures par jour,

il en fait cinquante heures. à la première saison, et bientôt on peut affirmer l'arrêt de son processus évolutif quoique les symptômes objectifs n'aient pas varié. Le malade peut continuer cette cure à l'altitude tout 1922) puis nous quitte pour son domicile en Bretagne. Depuis cette époque il a repris ses affaires commerciales. Son état général est brillant ; son état pulmonaire satisfaisant et voici son état laryngé : il a retrouvé sa voix, une voix ventriculaire, rauque mais forte. L'épiglotte est normale avec son seul petit repli médian postérieur, visible à la base dans la position vocale : les bandes sont tuméfiées, beaucoup moins rouges ; la région interaryténoïdienne est boursouflée et ravinée de fissures dont une longue et profonde à droite : on voit encore des deux côtés des débris de cordes ; la bande droite, dans l'occlusion, empiète sur la gauche sous forme d'une lèvre bourgeonnante.

En résumé, c'est là un cas extraordinaire de laryngite ulcéreuse surtout infiltrante et fistulisée, arrêtée dans son évolution à un stade périchondritique presque final et ayant abouti à la production d'une voix sonore par un mécanisme indéterminé (peut-être par un prolapsus de la muqueuse du ventricule de Morgani, qui supplée à la déficience des débris de corde et qu'aussi sa commissure postérieure fibreuse et fissurée a repris une certaine mobilité).

3<sup>e</sup> M<sup>lle</sup> M..., est entrée le 13 septembre 1921. Etat pulmonaire : tuberculose fibro-caséuse ulcérée de la moitié supérieure droite, avec infiltration légère de la région para-hilaire gauche. Etat général : défaillant, fièvre élevée, troubles intestinaux. Etat laryngé à l'arrivée : larynx hyperémie d'une manière générale ; l'épiglotte d'aspect normal, la saillie des cartilages de Wrisberg et Santorini est grosse et rouge, l'espace interaryténoïdien peu mobile est élargi ; les cordes très rouges et variqueuses ; la voix est très voilée. Un pneumothorax artificiel est pratiqué ; le 18 décembre 1921 apparaît une crise de liquide avec fièvre élevée et mauvais état général au cours de laquelle les lésions laryngées s'aggravent progressivement puisque le 18 février le laryngoscope montre : une épiglotte épaissie, la région des aryténoïdes très gonflée et à droite plus grosse qu'à gauche ; l'espace interaryténoïdien en forme de fer à cheval, plat et large et à surface tendue, les bandes ventriculaires épaissies et infiltrées, plus particulièrement à droite ; la corde droite est superficiellement ulcérée près du bord libre, dans son tiers postérieur, la corde gauche est seulement très rouge, la voix est éteinte, la toux éructante. Cure solaire commencée aussitôt et pratiquée très régulièrement aux Escaldes puis à Lamotte ; le nombre total d'heures de cure est voisin de 60. Le 17 décembre 1922, nous sommes frappé déjà du changement opéré dans les régions infiltrées, l'œdème des bandes est en régression et les replis aryténoépiglottiques s'accusent, les cordes sont plus découvertes pendant la phonation, l'arc postérieur présente seul à peu près le même aspect. Continuation de la cure en Touraine pendant la bonne saison 1923 et, le 1<sup>er</sup> mars 1924, voici nos constatations : état général satisfaisant ; poids : 54 kilogrammes au lieu de 41 ; état pulmonaire : ni toux ni expectoration ; décompression du poumon droit et persistance d'un léger hydrothorax. Quant à l'aspect du larynx, il

est méconnaissable ; dans l'ensemble, il est grisâtre, l'épiglotte et les bandes sont normales, la saillie des cartilages de Wrisberg est affaissée, l'espace interaryténoïdien est seulement un peu élargi avec aspect pachydermique et végétant ; les cordes sont épaissies, larges, mollasses, un peu rouges, les traces d'ulcération de la corde droite ne sont pas visibles.

Au total c'est donc une malade chez qui nous avons obtenu dans une forme grave d'infiltration à caractère progressif, une régression, très nette pour plusieurs témoins, de ses lésions et elle parle aujourd'hui avec une voix légèrement voilée mais forte.

4<sup>e</sup> M<sup>lle</sup> M..., 18 ans, entrée au sanatorium le 1<sup>er</sup> septembre 1922. Etat pulmonaire : tuberculose ulcérocaséuse du lobe supérieur droit, évolutive avec fièvre et mauvais état général. Symptômes laryngés : dysphonie accusée datant de deux mois et aphonie par périodes avec hémmeage et râclément ; petit larynx infantile, épiglotte retombante, pâle, bandes ventriculaires légèrement tuméfiées et recouvrant en partie, par éversion muqueuse, les cordes qui semblent étroites, rosées mais qu'on explore mal. La région des aryténoïdes est également un peu tuméfiée et les replis aryépiglottiques sont épaissis mais surtout l'espace interaryténoïdien est exubérant, bourgeonne et gêne la mobilité. On fait un pneumothorax artificiel et on commence l'héliothérapie laryngée. Le 20 novembre 1922, c'est-à-dire après vingt heures de traitement, on remarque une amélioration très nette : la tuméfaction des bandes diminue et permet de voir des cordes toujours rosées, sans perte de substance, quoique avec quelques petites éraillures de la muqueuse ; l'espace interaryténoïdien épaissi, mais très modifié, montre une petite saillie polypoïde, grosse comme la moitié d'un pois mais la voix reste encore un peu couverte ; la cure solaire est continuée à Cosne l'été, aux Escaldes l'hiver et, aujourd'hui ce petit larynx est presque normal d'aspect sauf la présence d'une petite élevation papillomateuse de la commissure postérieure. La malade parle normalement et chante.

Le résultat obtenu dans cette forme vocale avancée et végétante est intéressant par deux points : l'âge de la malade (chacun sait que le pronostic, désespéré au-dessous de 15 ans reste très grave de 15 à 20) et l'amélioration objective rapide. Le pneumo-thorax poursuivi sans incident, n'a pas suffi seul à toute la besogne puisque la région postérieure, celle que les rayons ont atteinte plus difficilement, est restée végétante.

5<sup>e</sup> M. A..., 40 ans. Entré au sanatorium le 14 décembre 1921. Etat pulmonaire : infiltration caséuse discrète et bi-latérale du lobe supérieur, surtout à droite, à tendance fibreuse et avec réactions pleurales anciennes. Etat général assez bon, léger fébricule vespéral. Etat laryngé : l'épiglotte est très rouge, avec, près de son bord libre, plusieurs petites granulations blanchâtres ; bandes ventriculaires normales : la corde droite amincie dans l'ensemble, montre une longue et sanieuse ulcération du bord libre, sur la moitié antérieure et est déchiquetée dans sa moitié postérieure ; la corde gauche, également de surface réduite, est ulcérée dans toute sa partie postérieure ; ces



cordes ne s'affrontent pas à la phonation. Fait bizarre, la voix est absolument normale ; aucun trouble de sensibilité. On note encore pharyngite hypertrophique, amygdales saillantes, perforation du tympan droit et tympan cicatriciel à gauche. La cure solaire est instituée et faite avec beaucoup de zèle, à partir du 15 mars 1922 jusqu'en novembre. A la sortie du sanatorium, le 19 avril 1923 le malade présente l'aspect laryngé suivant : les granulations de l'épiglotte n'ont pas bougé, les cordes sont encore rosées, déchiquetées, mais elles ne suintent plus ; l'espace laissé entre elles pendant la phonation est plus réduit, et il n'y a toujours pas de dysphonie. Aujourd'hui, l'état du larynx reste le même qu'à la sortie et cependant le processus pulmonaire semble évoluer (craquements au sommet droit, quatre crachats avec souvent des filets de sang et présence ininterrompue de bacilles de Koch). Le malade dit ne plus faire de cure solaire laryngée « vu que je n'ai plus de mal » écrit-il.

Nous pensons que dans cette forme torpide d'ulcération des cordes, curieuse par l'absence de dysphonie, la cure solaire a exalté la tendance scléreuse locale et arrêté le processus tuberculeux laryngé, malgré l'aggravation continue des symptômes pulmonaires de fibrose extensive.

6° M. Auv..., 20 ans. Entré au Sanatorium le 25 avril 1922. Etat pulmonaire : lésions fibrocaséuses discrètes des deux zones sus-claviculaires, plus marquées à droite. Etat général bon, température 37°8 maximum. Etat laryngé : le 28 avril 1922 le malade ne ressentait aucune douleur de son larynx et avait une voix tout à fait normale. A la suite de l'examen systématique de tous les entrants du Sanatorium, on constate une petite ulcération du bord libre de l'épiglotte avec léger épaissement et un peu de rigidité de cette languette sans autre lésion. On ne relève aucun symptôme clinique de syphilis et les réactions humorales sont négatives. Un mois après, la situation s'aggrave sérieusement. Le patient souffre de sa gorge (dysphagie que nous imputons à l'élévation du larynx dans la déglutition même à vide puisque les aryténoïdes n'ont rien). L'ulcération s'est nettement étendue ; l'infiltration de l'épiglotte est plus prononcée ; elle menace les bandes et les cordes sont rouges. Dans cet état d'évolution on commence la cure solaire laryngée, fin mai 1922. On en fait jusqu'à deux heures le matin, à Lamotte, quand le temps le permet et le malade ne rencontre pas la moindre difficulté : il part aux Escades au milieu de juin 1922 et là fait encore davantage d'héliothérapie laryngée. Les effets de la cure sont les suivants : dès le début le malade ressent une diminution de la douleur spontanée et de la dysphagie, amendement qui s'accroît progressivement. A l'examen du Dr Coriat, en mars 1923 l'arrêt évolutif est déjà acquis ; il constate une perte de substance nette à bords lisses un peu épaissis, occupant le bord marginal de l'épiglotte un peu à gauche. Le reste du larynx est normal. Le 29 février 1924, même aspect de l'épiglotte, cependant les contours de la perte de substance s'estompent, les cordes un peu rouges accessoirement depuis quelques jours (grippe), la région des aryténoïdes et l'espace aryténoïdien sont nets.

Il s'agit donc ici d'un cas d'ulcération douloureuse de l'épiglotte

avec infiltration où les symptômes laryngés ont devancé les pulmonaires et évolué seuls les premiers ; cette évolution a été arrêtée à la suite d'une cure solaire prolongée : l'observation est frappante quand on pense à l'issue habituelle de cette forme rapidement mutilante si elle est réduite à elle-même.

7<sup>o</sup> M. Pann..., 35 ans. Entré au Sanatorium le 4 juillet 1922. Etat pulmonaire : lobite supérieure droite avec taches cavitaires sus-scissurales et infiltration du parenchyme para-hilaire gauche, expectoration abondante, fièvre légère ; état général assez bon. Au point de vue laryngé, on constate de l'aphonie (la voix s'éteint progressivement depuis plusieurs mois). Tout le larynx est rouge, l'épiglotte est normale ; les bandes ventriculaires congestionnées ; la bande droite est épaissie et surtout prolongée par un bourrelet qui couvre la moitié inférieure de la corde correspondante et constituée, sans doute, par un éversement de la muqueuse ventriculaire ; les cordes sont rouges et desquamées, la droite portant dans sa moitié découverte une érosion en coup d'ongle ; les replis aryépi-glottiques sont normaux, mais les cartilages aryténoïdes et l'espace aryténoïdien forment une surface empâtée à peine mobilisable à l'émission des sons ; le pharynx est également très rouge. On conseille l'héliothérapie. Le 15 octobre 1922, après sept à huit heures de cure solaire, le larynx est déjà moins congestionné, le bourrelet de la bande droite a diminué au point de nous permettre de voir la corde correspondante encore rouge et qui ne paraît pas entamée. Par contre la corde gauche, moins rouge que précédemment, nous apparaît semée de granulations, traces probables d'infiltration ancienne. Actuellement, il n'y a d'anormal, dans ce larynx, que des cordes d'aspect rosé, mais lisse : le massif aryténoïdien reste épais. Mais le malade peut parler.

C'est donc là un cas d'amélioration d'une forme d'ulcération et d'infiltration localisées, surtout remarquable par ses conditions d'hyperépie défavorable à l'héliothérapie.

8<sup>o</sup>, M. Dal... 37 ans. Entré au Sanatorium le 11 juin 1920. Etat pulmonaire ; infiltration des deux sommets avec pyothorax gauche, suite de pneumothorax naturel partiel du lobe inférieur qui date probablement de cinq mois. Les feuillets symphysés n'ont pas permis d'agrandir la poche gazeuse. Etat laryngé : aphonie s'étant établie peu à peu depuis 1917. Le larynx est un peu rouge dans l'ensemble, surtout au niveau des cordes, mais on y remarque d'anormal le défaut de souplesse de la commissure postérieure à l'émission des sons et le non affrontement vers la glotte intercartilagineuse des cordes sur le bord libre desquelles on voit une encoche symétrique, longitudinale, excavée en dedans, non considérée par nous comme ulcéreuse. Le traitement consiste en cure solaire qui, quoique encore courte et irrégulière, a amélioré la voix progressivement et le 21 juin 1921, quand M. D... nous quitte, il faut dire que l'aspect de son larynx s'est peu modifié, les cordes présentent un aspect mat avec quelques pinceaux vasculaires ; elles sont peut-être moins flasques, mais toujours creusées dans leur quart postérieur, mais elles sont plus mobiles et ce qu'il faut dire aussi, c'est que

le malade parle haut. Ce bon état de la voix s'est maintenu jusqu'à ce jour en cure libre.

En définitive, ce cas est celui d'une forme surtout vocale à parésie de la glotte intercartilagineuse qui a passé après une courte durée d'insolation de l'aphonie à peu près complète à un état presque normal depuis quatre ans compatible avec les fonctions d'huissier.

Nous terminerons là ce chapitre d'observations, regrettant de ne pouvoir parler de 4 autres cas intéressants, Cur... Coll... Mont... et Lar...

\*  
\* \*

Les INDICATIONS de l'héliothérapie laryngée, qui nous sont dictées par ces faits de notre expérience, sont le plus généralement en conformité avec les données de nos devanciers. L'indication principale reste constituée par les *symptômes subjectifs*, aphonie et dysphagie douloureuse : la dysphonie cède le plus facilement quand les cordes se régularisent et se tonifient ; l'odynophagie cède quand elle n'est pas symptomatique de la nécrose terminale et quand le point ordinairement postérieur et plus ou moins élevé qui la déchaîne est irradiable. Les *symptômes objectifs* les plus favorables sont l'ulcération superficielle des cordes, de l'épiglotte ou des parois latérales ; l'infiltration des cordes, des bandes et des cartilages aryténoïdes (même l'infiltration rouge plus rebelle au traitement), n'est plus pour nous une contre-indication à condition qu'elle soit localisée, car nous restons d'accord avec la majorité des auteurs pour proscrire l'œdème du larynx généralisé, secondaire à la bacillose, car une réaction violente toujours possible pourrait provoquer la sténose de la glotte souvent très désagréable. Considérés au point de vue de la *forme évolutive*, les cas de pratique courante à traiter peuvent se classer ainsi : d'abord les formes stationnaires, à arrêt bien défini, ou les formes torpides en évitant leurs phases congestives et épisodiques. Les formes de début (périodes catarrhales), les formes chroniques non évolutives à tendance scléreuse, les formes évolutives en période de silence (et tout particulièrement dans la période qui succède immédiatement à la production d'un pneumo-thorax artificiel). Il faut ajouter, comme le démontrent nos observations personnelles, certaines formes aiguës à marche progressive, données précédemment comme contre-indications : à notre avis, quand l'organisme est capable encore d'agir dans le bon sens, quand on se propose d'user de toute la prudence nécessaire, la méthode doit être essayée dans des cas où l'évolution spontanée dénote

une tendance destructive ou infiltrante et ce caractère progressif qui souvent ne demande que quelques mois pour mener à une fin atroce. Il reste, bien entendu, que nous disons comme le professeur Escat « qu'il est sage d'éviter leur emploi dans les formes éréthiques ».

Les contre-indications sont surtout d'ordre général. La toux incessante, la fièvre élevée, l'orthopnée et la dyspnée, l'asthénie, l'impotence à la station debout, l'état général précaire : en un mot les formes très avancées de tuberculose pulmonaire. Mais, nous n'admettons pas avec Philipps, la tendance à l'hémoptysie comme contre-indication, parce que nous n'avons jamais vu, dans la pratique du Sanatorium des Pins, une hémoptysie provoquée chez un tuberculeux pulmonaire par la cure solaire générale.

En résumé de ce chapitre d'indications, nous concevons un élargissement de leur cadre et, d'après nous, c'est la grande majorité de nos laryngés courants, qui est justiciable de cette méthode.

### Conclusions.

1° Au cours de ces dernières années l'héliothérapie laryngée a continué d'offrir un gros intérêt pratique quoiqu'on ait relevé dans cette méthode quelques imperfections, telle la longue durée du traitement, conséquence de la rareté des journées de soleil.

Elle est, sans aucun doute, assise sur de solides bases scientifiques ; cette étude a essayé de le prouver.

Elle est malgré les apparences une méthode non traumatisante, inoffensive, facile et simple (le vieux procédé de Serge, sans appareil spécial a nos préférences).

Elle n'est effacé par aucune des thérapeutiques modernes : pulvérisation d'eau de chaux ou d'huile de foie de morue, injections sus-glottiques d'huile médicamenteuse, de vaccin ou de sels de terre cériques, larges destructions ignées de la méthode Mermod, Lubet-Barbon. Elle n'en exclut aucune, les supplée toutes et les complète. (Galvano-cautérisation suivie de bains de soleil de Reynier).

Elle est souvent d'une efficacité certaine et toujours d'une adjuvance précieuse : l'ère expérimentale est close et les résultats cliniques nouvellement acquis justifient encore les espérances de ses débuts.

2° Actuellement l'héliothérapie laryngée, si fréquemment indiquée, devrait être beaucoup plus généralisée. A la rigueur tous



les praticiens qui manient un laryngoscope pourraient l'utiliser en clientèle sauf dans les grandes villes où les rayons sont « adynamisés ». Pour nous qui n'admettons pas la possibilité d'une cure à domicile des laryngites bacillaires, elle devrait être, en été, le traitement de choix dans les sanatoria où la longue durée des soins est envisagée par ailleurs et où l'installation permet la cure en série beaucoup plus facile ; elle devrait faire le gros succès du Sanatorium d'altitude où l'on disposerait du maximum des avantages actiniques, même en hiver.

3° Dans l'avenir, l'héliothérapie laryngée devra bénéficier des nouvelles connaissances physiques et mathématiques de tous les phénomènes de rayonnement. On arrivera sans doute à déterminer pour les radiations solaires si richement variées, les proportions utiles de chacune d'elles ; on arrivera sans doute à les filtrer comme dans la lumière artificielle, pour éviter des actions nuisibles ; antagonistes ou radio-anaphylactiques qu'on ne fait que soupçonner aujourd'hui ; on arrivera à renforcer les effets profitables par l'action des substances sensibilisatrices comme l'éosine ou même les eaux thermales (Neuberg). En un mot on domestiquera une force naturelle au profit de nos laryngés bacillaires.

Progrès ou recul ? Mettre en œuvre la force curatrice naturelle par l'emploi exclusif d'un moyen naturel, c'était toute la doctrine empirique d'Hippocrate « cet intuitif de génie » (Sandez) « Natura sanat, Medicus curat ». Il n'est pas téméraire d'affirmer ici, que l'antique Naturisme n'a fait que préparer les voies de l'héliothérapie laryngée moderne.

---

# FAIT CLINIQUE

---

## UN NOUVEAU CAS DE TRACHÉO-CRICOSTOMIE CHEZ UN TUBARD-CANULARD

Par le Dr **SARGNON** (1)

---

C'est un petit malade de Tunis, âgé de 11 ans qui a été tubé à l'âge de 2 ans pour croup, puis trachéotomisé. Malgré des essais divers, il a été impossible jusqu'à présent d'enlever la canule. Il nous a été adressé en juin 1923.

Nous constatons un petit malade qui peut souffler très légèrement par son larynx ou par son pharynx, mais ne peut respirer sans sa canule. Au laryngoscope, nous constatons l'intégrité des cordes qui sont d'aspect à peu près normal et bien mobiles, mais au-dessous, au niveau du cricoïde, il y a une zone cicatricielle très nette avec un tout petit orifice antérieur.

Nous essayons pendant quinze jours des canules décroissantes et des canules progressivement bouchées. Le petit malade peut rester un petit moment avec sa canule obturée partiellement, mais finalement on est obligé d'enlever le bouchon.

Devant l'insuccès des tentatives de dilatation interne, nous pratiquons le 19 juillet 1923, sous anesthésie locale d'infiltration, la trachéo-cricostomie avec le Dr Vincent. Cette opération montre une sténose membranoïde serrée au niveau du cartilage cricoïde avec, à la partie antérieure, un orifice net mais plus étroit que nous le pensions. Nous réséquons la cicatrice. A noter que nous n'avons pas du tout empiété sur le cartilage thyroïde pour ménager au maximum la voix. Pendant les huit premiers jours, le pansement est uniquement fait à la gaze vaselinée. Puis nous appliquons notre procédé habituel de pansement dilatateur, c'est-à-dire un drain central entouré de gaze, entourée elle-même de gutta.

Nous faisons un mois et demi de dilatation et, comme à ce moment l'enfant paraît aller bien, que la stomie semble bien épidermée, nous enlevons l'agent de dilatation et la canule.

Pendant les quinze premiers jours, le malade respire très bien, mais progressivement la respiration redevient gênée; si bien que le 8 octobre 1923 nous sommes obligé de réopérer le malade, c'est-à-dire de réouvrir la partie supérieure de la stomie qui s'était un peu

---

1. Ce malade a été présenté le 28 novembre 1923 à la Société nationale de Médecine de Lyon.

trop rétrécie en haut, et de rechercher l'anneau cicatriciel qui s'était réformé. Nous réséquons à nouveau l'anneau cicatriciel, mais, pour obtenir une bonne dilatation, nous faisons, dès le second pansement, de la dilatation avec des bouts de sonde arrondis et qui pénètre très bien dans la lumière rétrécie.

Nous faisons de la dilatation caoutchoutée seule pendant trente jours et nous aboutissons finalement au n° 32 de la filière Charrière, c'est-à-dire à plus d'un centimètre de diamètre de dilatation. A ce moment, nous avons de grosses difficultés pour enlever le drain trop volumineux, de sorte que pendant quelques jours, pour calmer l'irritation produite, nous reprenons le pansement à la gaze simple. Les lésions de désépidermisation se cicatrisent très vite et nous enlevons tout pansement. La dilatation a duré la seconde fois trente-cinq jours.

Les résultats immédiats sont bons. Le malade peut reprendre sa voix rapidement, il se fait facilement comprendre. Il persiste une stomie haute de 12 millimètres environ et très bien épidermisée. Il respire jour et nuit avec la fistule fermée par un pansement.

Il a donc eu une trachéo-cricostomie avec deux mois et demi de dilatation, ce qui est peu en pareille matière.

En somme, nous concluons de ce cas que :

1° Il présentait les lésions typiques du tubard-canulard, c'est-à-dire la sténose serrée cicatricielle au niveau de l'anneau cricoïdien.

2° Dans ce cas, l'opération externe s'imposait. Au début, nous avons cru pouvoir essayer des méthodes plus simples ; mais en réalité, quand il s'agit de tubards-canulards, il vaut mieux recourir, habituellement d'emblée, aux opérations externes, mais laquelle choisir ?

Jusqu'à 1913, nous avons employé la trachéo-laryngostomie totale, méthode qui donne beaucoup de jour mais qui, par la section du thyroïde entre les deux cordes, amène ultérieurement des troubles vocaux, moindres d'ailleurs que les troubles vocaux provoqués par le port de la canule. Mais il y a une différence très notable au point de vue de la phonation chez les malades opérés par trachéo-laryngoscopie totale et ceux opérés par trachéo-cricostomie. La trachéo-cricostomie ménage au maximum la voix. Par contre, la trachéo-cricostomie donnant un orifice beaucoup plus étroit, rend la dilatation plus complexe et plus difficile. A noter aussi qu'avec la trachéo-cricostomie le sphacèle post-opératoire est réduit au minimum, car la plaie ne communique plus avec le milieu buccal comme dans la trachéo-laryngostomie totale.

3° Au point de vue dilatation, nous avons obtenu de bons résultats avec une dilatation relativement courte. Cependant la

première fois nous l'avons faite pendant six semaines seulement ; c'était trop peu. Jusque-là, nous l'avions toujours faite pendant deux mois. Ce délai de deux mois semble un délai minimum pour les cas moyens traités par trachéo-cricostomie.

Actuellement, nous avons opéré environ 70 cas de laryngostomie, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, en comprenant une vingtaine de cas opérés pendant la guerre à Desgenette et presque tous consécutifs à des traumatismes de guerre. Dans les 50 autres cas, il s'agit de malades observés dans le civil pour laryngo-sténoses de natures diverses, mais surtout pour des sténoses serrées cricoïdiennes chez les tubards-canulars.

Chez les enfants nous avons pratiqué, à un moment donné, la fermeture définitive d'emblée de la stomie ; actuellement nous ne la pratiquons plus totalement, car nous avons eu deux fois des accidents mortels par suffocation nocturne, mais nous obturons partiellement par plastique la stomie en laissant en bas un petit orifice de sûreté que nous fermerons plus tard.

En somme, la trachéo-laryngostomie constitue une excellente intervention pour les sténoses cicatricielles graves du larynx et de la partie haute de la trachée, la trachéo-cricostomie étant surtout réservée aux sténoses localisées au cricoïde.

---



# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## RÉUNION CLINIQUE DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES DES HOPITAUX DE PARIS

*Séance du 9 février 1924.*

ANDRÉ MOULONGUET. — **Présentation de 2 malades atteints d'adénopathies cervicales néoplasiques d'apparence primitive ; ligature bilatérale de la jugulaire interne chez l'un d'eux.**

J'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer au cours de l'année dernière 2 malades chez lesquels l'atteinte ganglionnaire fut pendant de longs mois la seule manifestation clinique du processus cancéreux.

M. J..., âgé de 65 ans, constate, vers le 15 mai 1923, que ses cols deviennent trop étroits et il remarque l'apparition d'une masse dure dans la région cervicale gauche ; cette masse grossit assez rapidement et quand j'examine le malade pour la première fois le 1<sup>er</sup> juin, elle est de la taille d'un œuf, de consistance ligneuse et mobile sur les plans profonds et la peau. L'examen minutieux des voies aérodigestives supérieures est absolument négatif. L'exérèse ganglionnaire est pratiquée le 5 juin sous anesthésie locale et selon la technique de Roux Berger, c'est-à-dire avec ablation du sternocléidomastoïdien et de la jugulaire interne ; une fois de plus j'ai pu apprécier la facilité et l'élégance de cette technique. La biopsie de cette masse ganglionnaire montra qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire. Le malade fut revu tous les mois et chaque fois son pharynx fut soigneusement examiné. Ce n'est que le 15 janvier, soit plus de six mois après l'opération que je découvris une petite ulcération néoplasique de la gouttière pharyngolaryngée gauche. Le malade suit actuellement un traitement de radiothérapie profonde.

Le second malade, Henri B..., infirmier âgé de 30 ans, remarque en février 1923 l'existence d'une masse dure dans la région susclaviculaire droite : un mois plus tard apparaît une tumeur à la partie moyenne de la région cervicale gauche ; ces ganglions grossissent lentement et sans l'inquiéter. Ce n'est qu'en septembre soit sept mois après l'apparition des ganglions que le malade remarque à la partie antéro-inférieure de la cloison une tumeur grosse comme un petit pois et qui saigne au moindre mouchage. Cette tumeur grossit très rapidement et quand je vois le malade en novembre, elle a les dimensions d'une grosse noix, remplit la narine gauche dont elle soulève l'aile et refoule la cloison du côté opposé : la partie qui fait saillie hors du nez est violacée et saigne au moindre contact. La masse ganglionnaire susclaviculaire droite est de la taille d'une grosse man-

darine, celle de la région cervicale gauche d'un œuf; les deux sont mobiles sur les plans profonds.

Le 3 décembre, sous anesthésie générale tentative de dissection du ganglion cervical gauche; mais sous un effort de traction je déchire la jugulaire interne que je dois lier. J'essaye ensuite de disséquer le ganglion cervical susclaviculaire, mais dois y renoncer par suite de son adhérence intime avec la jugulaire interne. Hésitant à lier les deux jugulaires internes dans la même séance, je pratique pendant cinq minutes la compression au doigt du tronc veineux et ce n'est qu'après avoir constaté que cette compression n'amenait aucune modification du pouls ni de la respiration que je me décide à réséquer la veine avec tout le paquet ganglionnaire. D'un coup de morcelleur de Ruault j'enlevai le néoplasme narinaire. Les suites de cette intervention furent d'une bénignité parfaite et jamais le malade n'accusa le moindre trouble, même pas de céphalée. Le néoplasme narinaire qui était un épithélioma basocellulaire fut soumis à la radiothérapie profonde et la cloison nasale est actuellement cicatrisée.

Ces 2 observations sont intéressantes par l'apparition des propagations ganglionnaires plusieurs mois avant celle du cancer pharyngé ou nasal. De tels cas ne sont pas exceptionnels et montrent bien avec quel soin il faut étudier et suivre ces malades atteints de néoplasies ganglionnaires d'apparence primitive afin de pouvoir traiter le plus tôt possible, dès leur apparition les néoplasies épithéliales. Logiquement l'idéal serait de traiter d'emblée par la radiothérapie profonde les territoires cutanés et muqueux tributaires du ganglion atteint, afin de troubler et d'enrayer ce mystérieux processus qui va donner à certaines cellules épithéliales leur néfaste fécondité.

En pratique malheureusement une telle technique ne paraît guère possible.

La seconde observation est intéressante en ce que la ligature bilatérale de la jugulaire interne dans une même séance n'a amené aucune espèce de troubles. Ceci peut s'expliquer par le fait que de bonne heure l'envahissement néoplasique des parois veineuses avait rétréci le calibre de la jugulaire interne et favorisé le développement des autres troncs veineux; j'ajoute que pendant l'intervention les jugulaires externes avaient été soigneusement ménagées.

Néanmoins il m'a paru prudent avant de lier la 2<sup>e</sup> jugulaire interne de pratiquer sa compression pendant cinq minutes et de s'assurer que cette compression n'entraînait aucune modification du pouls ni de la respiration.

## DISCUSSION

M. PIERRE SEBILEAU. — Le cas que vient de nous présenter notre collègue Moulouquet est intéressant, mais n'est pas exceptionnel. L'on voit, en effet, quelquefois, des lésions cancéreuses encore très petites du carrefour aéro-digestif et de la partie supérieure des voies respiratoires produire une adénopathie, même une adénopathie éloignée et hétéro-latérale, qui prend de beaucoup le pas sur la lésion originelle. Ce fait est même l'origine d'erreurs de diagnostic assez fréquentes

que nous voyons se produire chez des malades qui nous sont adressés, ici, avec des lésions méconnues du cavum ou du pharynx.

A moins qu'il n'y ait autour de ces ganglions une zone très étendue de péri-adénite, ce qui arrive toujours au bout d'un certain temps et les enclave complètement dans la région du cou, ils sont ordinairement assez faciles à enlever, à condition qu'on fasse une opération bien réglée, méthodique. Cette opération comprend presque nécessairement, ou la taille d'un vaste lambeau tégumentaire cervical, ou le tracé de trois incisions en étoile; ainsi que la résection du segment supérieur du muscle sterno-cléido-mastoidien. Celle-ci permet d'attacher d'un seul tenant les ganglions pré-jugulaires et ce gros groupe de ganglions rétro-jugulaires auquel j'ai donné le nom de ganglions du groupe spinal. Il est à noter que, dans un grand nombre de cas, la jugulaire peut être séparée par un clivage, qu'on réalise assez facilement avec le tampon, des ganglions qui sont appliqués sur ses parois. Je dis « sur ses parois » ou sur « celles de ses affluents », car on sait que les ganglions sont toujours appliqués sur les veines et non sur les artères. Cependant, dans un bon nombre de cas, lorsque l'adénopathie est très volumineuse et qu'il s'est développé autour d'elle une zone de cellulite plastique, la séparation des ganglions et de la paroi veineuse devient très difficile, quelquefois impossible. Dans ces cas, il ne faut pas essayer de créer un plan de clivage, il faut tout simplement sectionner la veine entre deux ligatures et pratiquer d'un seul tenant l'exérèse de la masse ganglionnaire et de tout le bout supérieur de la jugulaire qu'on sectionne une seconde fois sous l'apex mastoïdien. Cette ligature ou cette résection unilatérale de la jugulaire ne présente aucune espèce de gravité; elle ne produit jamais aucun trouble.

Il n'en est pas toujours de même de la ligature bilatérale. Il paraît bien certain que, dans un certain nombre de cas, elle a produit des accidents immédiats, quoiqu'il ne soit pas démontré qu'il n'y ait pas eu quelquefois erreur dans la ligature entre la carotide et la jugulaire. En tout cas, dès qu'il s'est écoulé un certain temps entre la ligature d'un côté et la ligature de l'autre côté, la seconde opération devient tout à fait inoffensive. C'est avec une grande rapidité que le cours du sang se rétablit par les nombreux canaux collatéraux qui descendent du crâne et de la face vers le cou, très particulièrement par le large système des veines intra et extra-rachidiennes.

En ce qui concerne le malade dont notre collègue Bourgeois vient de nous rapporter le cas, je ne suis pas autrement étonné de ce qu'il nous a dit. On voit souvent dans ces plaies du sinus latéral, qui nécessitent un tamponnement sinusal la réparation de la paroi veineuse, ne se faire que très lentement. Souvent même pendant quelques jours il semble que la plaie s'agrandit par une sorte de sphacèle progressif. Il est possible que chez le malade de notre collègue la répétition des hémorragies ait été favorisée par l'obstruction du sinus hétéro-latéral; mais je crois qu'aujourd'hui il n'y aurait aucun inconvénient pour le patient à ce que l'autre sinus s'obstruât définitivement, car certainement les voies vicariantes de vidange sont actuellement suffisantes étant donné le temps depuis lequel le premier sinus s'est oblitéré.

M. PÉRIER (présenté par M. Moulonguet). — **Un bon joint de seringue à aiguille.**

Nous maudissons tous plus ou moins nos seringues : qu'elles soient tout en verre ou tout en métal, elles ont toutes le même défaut : elles fuient à la jonction de l'aiguille à l'embout ; parfois même c'est l'aiguille lorsqu'elle n'est pas à vis, qui prend la fuite devant la seringue.

Il est facile d'éviter ce double ennui en soudant à la paraffine l'aiguille à l'embout : il suffit de faire fondre une parcelle de paraffine, et de disposer la goutte en couronne autour de l'embout bien sec. En un quart de minute la paraffine est solide, et il n'y a plus qu'à adapter l'aiguille.

Ce procédé, très simple et aseptique, réhabilite la seringue en verre. Il permet l'emploi, sans joint et sans seringue compliquée, des aiguilles droites ou coudées en oto-rhino-laryngologie.

H. BOURGEOIS. — **Présentation d'une malade opérée d'un évidement partiel.**

Jeune femme de 30 ans souffrant depuis plusieurs années d'une suppuration de l'attique avec petite perforation de la membrane de Schrapnell. La technique a été dans les grandes lignes celle exposée par Sourdille dans sa thèse. Les pansements ont duré un peu plus de deux mois et la guérison est acquise depuis juillet 1923. Le résultat est excellent au point de vue anatomique et fonctionnel : une nouvelle membrane flacide s'est reconstituée en dehors de l'attique ; il n'y a plus trace de perforation, l'aditus est également fermé si bien que l'oreille moyenne est close de toute part ; la voix chuchotée est comprise à 2 mètres.

L'ossiculectomie était jadis le traitement chirurgical indiqué pour les perforations de Schrapnell, sous le prétexte que la carie du marteau représentait la lésion qu'il fallait guérir ; l'opération se montrait souvent inefficace, car dans presque toute suppuration ancienne des lésions importantes d'antrite coïncident avec celles de l'attique ; tel était le cas de la malade présentée. En outre l'ossiculectomie est mutilante pour la fonction et pour l'organe.

L'évidement pétromastoïdien donne toutes les chances de guérison, mais compromet sérieusement la fonction.

#### DISCUSSION

F. LEMAITRE a examiné la malade de M. Bourgeois et est frappé du beau résultat qu'il a obtenu dans ce cas, par l'évidement partiel : au point de vue anatomique, la membrane de Schrapnell est reconstituée et, au point de vue fonctionnel, l'audition est pratiquement normale. Ce résultat l'incitera à faire, dans l'avenir, des évidements partiels ; et il demande à son collègue Bourgeois ce qu'il pense de l'anesthésie locale dans la pratique de ces évidements.

M. PIERRE SEBILEAU. — A moins qu'il ne s'agisse de malades tout à fait spéciaux (diabétiques, tuberculeux, cachectiques) je pratique toutes mes trépanations mastoïdiennes sous l'anesthésie générale ; je



n'ai donc qu'une faible expérience, du moins pour cette opération, de l'anesthésie locale. J'ai cru comprendre, il y a un instant, qu'au contraire de moi Grivot employait souvent cette anesthésie locale. Je serais donc heureux de savoir de lui s'il en est réellement satisfait, s'il arrive à supprimer pour ses patients la douleur des différents temps de cette opération quelquefois un peu longue, si l'ébranlement du maillet n'est pas très pénible, et s'il n'est pas quelquefois obligé de compléter l'anesthésie locale par l'anesthésie générale. En ce dernier cas, a-t-il observé, comme le disait autrefois mon maître Reclus, que sur un sujet ayant été soumis à l'anesthésie locale, il suffisait, quand celle-ci se montre inopérante, de quelques gouttes de chloroforme pour assurer une narcose complète ?

Moulonguet croit que pour les interventions minutieuses où l'on est très gêné par l'écoulement de sang il y a intérêt quand on emploie l'anesthésie générale à profiter de l'ischémie que donne l'anesthésie locale et lorsqu'il pratique une ossiculectomie, sous anesthésie au chloroforme, il injecte dans la paroi postéro-supérieure du conduit quelques centimètres cubes de novocaïne adrénaline; l'absence d'hémorragie facilite beaucoup l'intervention.

La trépanation de l'apophyse mastoïde, sous anesthésie locale est à conseiller pour éviter les inconvénients inhérents à l'anesthésie générale.

L'opération est facilitée et mieux supportée lorsque l'apophyse mastoïde est pneumatique; la zone d'attaque avec le maillet et la gouge sera abaissée (au-dessous de la région antrale) puis la cavité opératoire sera agrandie à la pince-gouge et à la curette.

Lorsque la découverte de l'antre semble difficile en raison de l'épaisseur de la couche osseuse à entamer, on peut recourir à une anesthésie générale de courte durée (avec 3 ou 4 centimètres cubes de chlorure d'éthyle) pour achever ce temps opératoire.

BALDENWECK. — Le gros reproche que l'on peut faire à l'anesthésie locale dans les opérations mastoïdiennes est la perception par le sujet de l'ébranlement consécutif aux coups de maillet sur les gougues.

Pour parer à cet inconvénient, il y aurait sans doute lieu de chercher à perfectionner l'instrumentation des fraises électriques; jusqu'à présent, celles-ci sont inconfortables, risquent de déraiper; leur manche est mal en mains, animé de trépidations qui rend leur emploi fatigant et dangereux. C'est pourquoi, après quelques essais, tous successivement ont abandonné leur emploi.

Mais je crois qu'une instrumentation bien combinée pourrait remédier à ces désavantages et permettre ainsi un usage plus fréquent de l'anesthésie locale.

BOURGEOIS. — La plastique employée, m'est, je crois, personnelle; depuis plusieurs années elle me sert pour tous mes évidements. Tout au début de l'opération je me ménage un important lambeau musculo-périoste de la façon suivante: j'incise d'abord la peau à la manière habituelle, puis la pointe du bistouri à résection coupe le périoste tout le long du bord antérieur de la mastoïde d'une part, et horizontalement d'autre part d'avant en arrière juste en dessous du muscle temporal soigneusement respecté; on dissèque d'avant en arrière un lambeau triangulaire dont le bord postérieur adhérent correspond au

bord postérieur de l'apophyse. A la fin de l'opération, le conduit membraneux est incisé d'une part au niveau de la conque, d'autre part dans son grand axe le plus haut possible, de manière à avoir un grand lambeau qui se rabatte en bas. Ce lambeau cutané, débarrassé de son cartilage, s'unit sans effort par quelques points de catgut au lambeau musculo-périosté, de cette manière une grande partie de la cavité de trépanation est couverte.

L'hémorragie gêne certainement beaucoup pour une opération aussi minutieuse, c'est dire que l'ischémie produite pour une bonne anesthésie locale rendrait d'inappréciables services. Mais je ne crois pas qu'elle puisse être généralisée car l'opération reste encore trop pénible. J'ai essayé deux fois d'effectuer avant la chloroformisation une injection de novocaïne fortement adrénalinée sous la peau du conduit; l'ischémie a été nulle et l'anesthésie chloroformique a paru plus difficile les malades prenant une teinte asphyxique désagréable.

**II. BOURGEOIS et A. AUBIN. — Diphtérie localisée à aspect gangréneux. Paralyse unilatérale du voile du palais et du constricteur supérieur du pharynx du même côté que l'angine.**

M. X..., 30 ans entre d'urgence à Laennec le 20 décembre 1923 pour gêne respiratoire accompagnée d'un état général grave. La maladie a débuté trois jours auparavant par de la dysphagie.

Une large plaque dont l'aspect et l'odeur sont ceux de tissus en voie d'élimination couvre la voûte palatine, le voile et la région amygdalienne droite. Très saillante, elle entre presque au contact de la base de la langue et provoque une certaine dyspnée.

Adénite cervicale sans péri-adénite. Nul jetage nasal; nulle lésion buccale ou pharyngée outre la plaque sus-mentionnée.

Température 39,5, pouls à 120, régulier bien frappé. Teint plombé prostration marquée.

L'aspect de la lésion donne l'impression d'une plaque de gangrène, mais l'absence de toute cause expliquant cette gangrène incline à penser qu'il s'agit peut-être de diphtérie. Un examen direct pratiqué immédiatement ne révèle aucun bacille de Lœffer on ordonne un ensemencement et on pratique une double injection de sérum anti-diphtérique et de sérum anti-perfringens-anti-cédématis-anti-vibrien.

20 décembre. — Etat local identique, état général un peu meilleur température 38 prostration moindre. Même traitement sérothérapique. Le Lœffer n'a pas poussé dans les cultures, nouvel ensemencement.

22 décembre. — La fausse membrane commence à se fragmenter.

24 décembre. — Le malade a rempli son crachoir dans la nuit de débris noirâtres d'une odeur infecte. La gorge est complètement nettoyée. On a l'heureuse surprise de constater qu'il n'y a eu aucune élimination de tissus il s'agissait donc d'une fausse membrane à aspect gangréneux et non pas d'une gangrène. C'est alors qu'on apprend que l'étuve était dérégulée, on pratique un troisième ensemencement qu'on envoie au laboratoire voisin qui le lendemain répond : nombreuses colonies de bacilles diphtériques longs sans association microbienne.

Nouvelle injection de sérum le 26 décembre (en tout 120 centimètres

cubes) et envoi à l'hôpital Claude Bernard le 27 décembre. Le malade présente à ce moment une immobilité de toute la moitié droite du voile du palais.

Le malade est revu le 16 janvier à sa sortie de Claude Bernard très pâle et amaigri.

L'hémiplégie vélo-palatine droite est toujours complète, elle se traduit par du nasonnement et du reflux des liquides par le nez.

En outre, dans l'émission du son, la paroi postérieure du pharynx est attirée du côté gauche. Ce signe du rideau dénonce une paralysie du constricteur supérieur innervé par le glosso-pharyngien ; elle se traduit fonctionnellement par une gêne de la déglutition des solides. Hypoesthésie du côté droit sur l'amygdale, les piliers et la partie postérieure du pharynx. Ultérieurement le malade a présenté des troubles de l'accommodation des yeux, des céphalées, des vomissements. Il n'a pas eu des troubles du poulx, ni de troubles moteurs des membres ; les réflexes tendineux sont normaux.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue.

Une diphtérie aussi localisée ne consistant qu'en une seule fausse membrane est une diphtérie souvent bénigne ; d'autre part l'aspect gangréneux, l'extension de la fosse membrane en épaisseur et en largeur les paralysies consécutives témoignent de la malignité de l'affection.

La présence d'un aspect gangréneux du pharynx survenu sans cause doit faire penser avant tout au diagnostic probable de diphtérie, c'est la troisième fois que l'un de nous se trouve en présence d'une situation analogue.

La superposition des paralysies pharyngées et des lésions a déjà été signalée entre autre par Babonneix et Aubertin, notre observation en est une confirmation nouvelle.

La paralysie du constricteur supérieur du pharynx n'a jamais été signalée croyons-nous après la diphtérie. Notre observation serait donc la première publiée. On peut penser que cette paralysie est peut-être assez fréquente, nous nous permettons de demander à nos confrères médecins la recherche du signe du rideau si facile à observer.

#### MM. BOURGEOIS et BOUCHET. — Présentation d'un malade ozéneux avec déformation faciale très marquée.

M. C., 22 ans, venue consulter à Laënnec pour sécheresse de la gorge et fétidité de l'haleine, présente des lésions typiques de rhinite atrophique ozéneux des deux côtés, sans ulcération ni perforation de la cloison, et par ailleurs la déformation du nez dit nez en pied de marmite.

Cette malade a été traitée l'an dernier pour une kératite interstitielle de l'œil gauche guérie sans taie par traitement arsenical.

Les auteurs pensent que la rhinite est bien ozéneuse, mais demandent dans quelle mesure, l'effondrement extérieur du nez, sans perforation de la cloison, peut être mis sur le compte de l'hérédité spécifique.

## DISCUSSION

MOULONGUET ne croit pas que la positivité du Bordet-Wassermann dans l'ozène soit aussi fréquente que le dit le professeur Sébileau. Dans les nombreux examens qu'il a fait faire chez les ozéneux quand il préparait son travail avec Baldenweck et Jacob sur la vaccinothérapie dans l'ozène, il n'a trouvé cette réaction positive que dans un dixième des cas environ.

M. PIERRE SÉBILEAU. — Tout le monde paraît bien s'entendre sur le cas de la malade que vient de nous présenter notre collègue Bourgeois. Elle est atteinte de rhinite atrophique avec ozène, et non de syphilis nasale. Elle ne présente, en effet, aucun signe d'une lésion tertiaire des fosses nasales en évolution, ni même d'une lésion tertiaire ayant terminé son évolution.

Mais cela ne signifie pas le moins du monde, à mon avis, qu'elle ne soit pas syphilitique. J'enseigne, en effet, depuis longtemps, que la rhinite atrophique ozéneuse (j'entends la rhinite chronique ozéneuse classique, type, ce qu'on appelle, enfin, l'ozène essentiel), j'enseigne, dis-je, depuis longtemps, que cette affection est d'origine syphilitique ou, du moins, qu'elle est parasymphilitique, c'est-à-dire qu'elle ne se développe que chez des syphilitiques, des héréditaires la plupart du temps. Plus je vois de faits, plus ils me confirment dans cette opinion. Que mes collègues veuillent bien se donner la peine de faire pratiquer chez tous leurs malades la réaction de Bordet-Wassermann et la réaction de Hecht ; qu'ils veuillent bien rechercher chez les enfants ozéneux tous les signes d'hérédo-syphilis aujourd'hui classiques ; qu'ils veuillent bien faire porter leur enquête sur les générateurs de ces enfants ; et ils ne manqueront pas de trouver, comme moi, qu'il n'y a que très peu d'exceptions à cette règle que je viens de formuler.

HALPHEN croit à l'existence d'un cas simple d'ozène, car non seulement toute la muqueuse nasale est atrophiée sans ulcération ni formation de séquestre, mais la paroi postérieure du pharynx est sèche vernissée, recouverte de croûtes.

Quant à la déformation extérieure, elle se rencontre fréquemment dans des cas d'ozène ayant débuté dans le jeune âge, atrophie des os propres atrophie des trombes montantes des maxillaires et ne doit pas être considérée comme un stigmate d'hérédo-syphilis.

LEMAITRE, ROUGET et RUPPE. — **Un cas de léontiasis osséa.**

Ce travail sera publié *in extenso* dans les *Archives Internationales de Laryngologie*.

## DISCUSSION

H. BOURGEOIS a observé récemment un malade atteint d'une hypertrophie régulière, diffuse, du maxillaire supérieur droit. La consistance de l'os était partout uniformément dure, il a pensé à un début de léontiasis osséa. L'affection remontait déjà à cinq ans. Son développement était extrêmement lent. Tous les autres os du crâne et de la face étaient indemnes. Le sujet n'accusait aucun trouble fonctionnel.



CHATELLIER (présenté par M. Sébilleau). — **Un cas grave de stomatite bismuthique diffuse.** Sera publié *in extenso* dans ces Archives.

**HALPHEN et RAOUL. — Polype kystique géant intrasinusal.**

Les auteurs relatent l'observation d'une jeune fille de 17 ans chez qui à l'occasion d'un examen du rhino-pharynx destiné à chercher la cause d'une otite traînante, on découvrit l'existence d'une sinusite maxillaire latente. Aucun polype dans les fosses nasales dont la muqueuse paraît saine, simplement un peu de pus dans le méat moyen et une diaphanoscopie et une radiographie montrant l'opacité du sinus.

La ponction transméatique fait jaillir un liquide clair sous pression, liquide un peu citrin qui fit penser à un kyste paradentaire. Mais le lavage à l'énème pratiqué à travers le trocart, lorsque le liquide jaune clair eût cessé de s'écouler, ramène du pus verdâtre et mal odorant.

L'opération donna l'explication de ce phénomène un peu exceptionnel. Le trocart avait pénétré dans un polype géant inséré sur une paroi du sinus, et le polype, une fois flettri, l'eau du lavage balayait les sécrétions purulentes du sinus lui-même.

Ces polypes géants intrasinusaux sont à rapprocher des grands polypes antra-choanaux dont l'origine sinusale est presque constante et expliquent aussi le phénomène décrit sous le nom de sinusite bloquée.

#### DISCUSSION

F. LEMAÎTRE. — La loi des séries m'a fait observer récemment un cas tout à fait analogue à celui que M. Halphen vient de nous présenter ; d'autre part, je possède une observation que je rapprocherai volontiers du cas de mon collègue Halphen, bien qu'il s'agisse, dans mon observation, de polype du sinus frontal. Un écoulement de liquide se produisit, non pas à l'occasion d'une manœuvre thérapeutique, mais provoqué par un effort, une quinte de toux ; cet écoulement, dont l'abondance pouvait atteindre la valeur d'un verre à liqueur, présentait les caractères signalés par Halphen : liquide clair, fluide, citrin ; l'intervention me permit de constater que ce liquide provenait bien de l'intérieur d'un polype intra-sinusal.

Je crois que l'histologie des polypes des fosses nasales explique l'existence de ces formations kystiques intra-polypeuses. Histologiquement, les polypes, dits muqueux des fosses nasales se présentent suivant deux types que reproduisent les micro-photographies en couleurs que voici : ou bien le polype, de consistance solide, est purement muqueux, ou bien, le polype, partiellement muqueux, contient dans son intérieur des cavités kystiques qui sont de faux kystes, des kystes par rétention, par oblitération du canal excréteur des glandes ; ce sont ces derniers polypes qui, extraits à l'anse, laissent écouler, lors de leur extraction, un liquide citrin et se réduisent aussitôt à l'état d'une poche vidée de son contenu.

Etant donné que les « polypes muqueux » intra-sinusoïdaux sont des productions inflammatoires de la muqueuse au même titre que les « polypes muqueux » des fosses nasales, il y a lieu d'expliquer le cas signalé par Halphen, ainsi que les cas analogues que j'ai observés, par l'existence, à l'intérieur des sinus maxillaires ou frontaux, de polypes kystiques, de polypes dans lesquels la compression du canal excréteur des glandes, a réalisé une formation kystique par rétention.

**GRIVOT et LEROUX. — Résection de sténose trachéale ancienne par port prolongé de canule.**

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter a été opérée il y a un mois à Saint-Antoine pour une sténose trachéale ancienne consécutive au port prolongé d'une canule de trachéotomie.

L'histoire de la malade est la suivante : trachéotomisée à l'âge de 3 ans pour croup, elle a gardé la canule pendant huit ans. C'est à l'âge de 11 ans seulement que la canule est enlevée, mais la plaie trachéale est laissée ouverte. Pendant vingt ans la malade a mené une vie normale et c'est seulement depuis deux ans environ qu'elle a commencé à être gênée pour respirer : et cette gêne s'aggravant lentement mais progressivement, elle est venue à l'hôpital. La voix est toujours restée intacte.

À l'examen la malade présentait une fistule trachéale de 8 millimètres de haut sur 4 millimètres de large ; à bords fibreux ; du côté gauche une cicatrice descendait vers le bord antérieur du sternomastoidien. Le fond de l'orifice était fermé par une masse fibreuse qui descendait en bas et en arrière laissant d'une part en bas son orifice étroit vers la portion inférieure de la trachée, fermant d'autre part le segment supérieur à l'exception d'un petit pertuis refoulé à droite et en avant, par lequel on pouvait engager un stylet : la respiration se faisait surtout par la stomie ; mais un peu d'air passait encore par le pertuis supérieur permettant la phonation.

Le larynx est petit, intact : par laryngoscopie directe on voyait à 1 cm. 1/2 sous les cordes la lumière trachéale obstruée, à l'exception d'un petit passage latéral à droite.

Pour rétablir le calibre normal de la trachée, il nous a semblé que deux procédés pouvaient être employés : la résection ou la destruction par diathermie.

Nous avons préféré la résection d'abord, parce que la fistule trachéale ne donnait pas assez de jour pour la diathermie et que nous ignorions l'épaisseur du tissu fibreux sténosant.

La résection a été pratiquée le 11 janvier, à l'anesthésie locale : l'incision des téguments au-dessus et au-dessous de la fistule a permis de trouver la limite supérieure de la masse fibreuse et un segment de trachée intacte sans que l'on soit obligé d'atteindre le cricoïde.

La lame fibreuse très haute formait une sorte de coupole regardant en bas, épousant en somme les contours de l'angle d'une canule et descendait très bas sur la paroi postérieure de la trachée. Cette masse a été sectionnée puis réséquée assez facilement aux ciseaux et

détachée des tissus sains. Après résection la cavité trachéale était large, à parois souples et présentait une petite poche postéro-inférieure, répondant à la partie la plus basse de la masse fibreuse. Une canule a été remise pendant quelque temps.

Depuis la cavité semble se reformer dans de bonnes conditions. Il y eu élimination d'une petite escarre, résection d'un ressort cartilagineux, deux séances de diathermie pour combattre le bourgeonnement peu intense d'ailleurs, la canule a été enlevée. Nous pensons surveiller encore quelque temps le fond de la cavité avant de faire une plastique.

Dans l'histoire de cette malade un fait nous a paru curieux. C'est l'évolution très prolongée de la tendance sténosante. La sténose devait déjà exister à 11 ans, quand la canule a été enlevée, au moins pour le segment supérieur entre stomical larynx puisqu'on aurait déclaré alors la fermeture de la plaie impossible. La trachéostomie a été suffisante pendant vingt ans ; et c'est seulement depuis deux ans que son occlusion progressive provoque la dyspnée. Donc trente ans après la trachéotomie l'évolution sténosante continue encore. Cette évolution nous paraît beaucoup plus lente et prolongée que celle des sténoses cicatricielles ordinairement rencontrées surtout celles consécutives aux blessures de guerre.

Au point de vue thérapeutique nous pouvons signaler la facilité relative de l'excision du tissu cicatriciel ; il n'a pas été nécessaire de tailler en plein bloc, mais de faire une sorte d'énucléation aux ciseaux. Nous n'avons pas employé la diathermie au cours même de l'opération : mais nous avons pratiqué deux séances la dernière tout récemment pour combattre le bourgeonnement. Son emploi est très facile et nous espérons en obtenir la formation de tissu de cicatrice souple et non retractile.

Une question se pose dès maintenant : quand sera-t-il possible de fermer la stomie trachéale ? la cessation de tout bourgeonnement en surface nous autorisera-t-elle à conclure à l'inactivité des tissus et en fermant la stomie à renoncer à toute surveillance ? Sera-t-il prudent au contraire de maintenir une surveillance régulière, trachée ouverte ? Actuellement nous devons traiter encore un point bourgeonnant, mais bientôt peut-être nous aurons à prendre une décision.

---

## SOCIÉTÉ D'OTO-NEURO-OCULISTIQUE DE STRASBOURG

*Séance du 10 novembre 1923.*

**M. FOLLY. — Lésions des V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> paires chez un syphilitique atteint d'otite ancienne.**

Folly présente un sujet, atteint de syphilis secondaire en pleine évolution et d'une réaction méningée avec syndrome basilaire portant sur les nerfs des V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> paires et lymphocytose abondante. Il en est résulté une hypoesthésie du côté gauche de la face avec kératite

neuro-paralytique, une paralysie faciale à type périphérique. Du même côté existait une otite moyenne ancienne, qui a pu influencer la localisation.

Le traitement mixte, mercuriel et ioduré, a agi favorablement sur la paralysie faciale, mais est resté sans action sur les lésions oculaires.

**M. BARRÉ. — Troubles sympathiques et sudoraux d'une moitié de la face.**

Il s'agit d'un malade qui a les principaux éléments d'un syndrome de Cl. Bernard-Horner du côté gauche, et chez lequel l'appareil palpébro-pupillaire semble normal à droite. En réalité le malade a très fréquemment, après les repas, des crises de sudation qui intéressent la moitié droite de la face et du cou jusqu'à l'épaule. Il s'agit donc d'un syndrome d'irritation sympathique droit auquel manque en particulier l'exophtalmie ; de ce même côté le sourcil est assez fortement abaissé. L'auteur insiste sur le polymorphisme des syndromes sympathiques de la face et de l'œil, et pense qu'il doit exister une certaine relation entre le type spécial du syndrome et le siège de la lésion.

**MM. BARRÉ et FONCIN. — Lésions de la base du crâne à poussées extensives successives.**

A la suite d'un traumatisme un sujet présente successivement divers accidents de types variés qui guérissent spontanément chaque fois. Hémiplegie alterne d'abord avec dysarthrie, puis diplopie avec strabisme passager par lésion de la troisième paire ; enfin des troubles labyrinthiques accentués se montrent plus tard et guérissent à leur tour. Entre temps il eut une phase de somnolence analogue à celle de l'encéphalite épidémique et des lésions de certains territoires de la région du 3<sup>e</sup> ventricule. Il s'agit peut-être de poussée inflammatoire aseptique autour d'une hémorragie méningée ancienne de la base.

**M. DUVERGER. — Argyll-Robertson fruste après contusion du globe.**

Présentation d'un malade de 12 ans, qui le 15<sup>e</sup> jour après une contusion du globe, présente un signe d'Argyll-Robertson fruste, c'est-à-dire, contraction lente de la pupille à la vision de près, absence de contraction à la lumière.

**MM. G. CANUYT et TERRACOL. — Syndrome de Ménière (Étude otologique).**

Cette observation sera publiée *in extenso* ultérieurement.

Il s'agit d'une malade qui depuis plusieurs années présentait des vertiges avec vomissements, des bourdonnements et de l'hypoacousie de l'oreille droite. Ces phénomènes se produisaient par crises à intervalles irréguliers. Depuis plusieurs mois accentuation des symptômes avec chute à terre au moment des accès.

Ses épreuves acoumétriques indiquent une surdité presque complète



à droite. Ses épreuves vestibulaires sont normales, le Bordet-Wassermann est négatif; l'examen général n'offre rien à signaler.

Par contre, conformément à la théorie de Quix sur les troubles otolithiques dans la maladie de Menière, l'examen des organes utriculaires et sacculaires indiquent des modifications intéressantes à noter, notamment dans les épreuves de la marche et de l'index.

Les auteurs estiment qu'il y a lieu de rechercher systématiquement les signes de déficience des organes otolithiques, mais qu'en raison de ces notions toutes nouvelles, il convient de poursuivre les expériences cliniques avec une grande attention.

**MM. BARRÉ, LAMPERT et KAYSER. — Traumatisme orbitaire. Hémorragie méningée tardive fébrile.**

Les auteurs présentent un enfant qui tomba sur un couteau; l'instrument pénétra dans l'orbite en rasant l'œil: il fut rapidement retiré et la blessure guérissait vite, quand apparurent de la céphalée, de la raideur de la nuque et du tronc et une fièvre notable. Tout faisait penser à une complication crânienne infectieuse en rapport avec l'accident. Une ponction lombaire montra qu'il y avait seulement hémorragie méningée aseptique et la guérison se poursuivit bientôt sans nouvel accident.

**MM. BARRÉ et CRUSEM — Fracture des deux rochers. Troubles multiples des nerfs crâniens. Guérison.**

Un sujet se fait une fracture des deux rochers très grave il y a vingt ans. A la suite de cet accident il présente une surdité bilatérale très accentuée, des troubles labyrinthiques, une paralysie d'un nerf facial, un hémispasme de l'autre; ses yeux sont en strabisme interne inégal et presque immobiles; il a de la diplopie. Malgré tous ces troubles, le sujet mène une vie assez active.

**M. BARRÉ. — L'épreuve du fil à plomb; présentation d'un appareil.**

Pour l'auteur on doit préférer, dans les examens de la fonction labyrinthique, les épreuves statiques aux épreuves cinétiques, et, autant que possible, examen sur le sujet à l'état ordinaire, dans la station debout, au repos les yeux ouverts. Des déviations constantes autour de la verticale sont très fréquentes chez les sujets labyrinthiques et se font du côté labyrinthique irrité; elles passaient souvent inaperçues sans l'appareil très simple que l'auteur présente. Il insiste sur l'anxiété et les réactions psychiques qui naissent chez le malade quand on lui fait fermer les yeux et qui sont de nature à déformer les phénomènes primaires.

---

*Séance du 8 décembre 1923.*

**MM. HARENÉ et MEYER — Relation d'un cas de névrite optique rétrobulbaire unilatérale.**

Cette affection avait amené en cinq jours la perte presque complète de la vue de l'œil malade. La sinusite ethmoïdale concomitante du même côté est traitée par le curettage. Trois semaines après cette intervention, la vue est redevenue normale.

**M. DREYFUS. — Névrite rétrobulbaire aiguë. Guérison spontanée.**

M. Dreyfus présente un cas de névrite rétrobulbaire aiguë gauche sans sinusite où la guérison spontanée est survenue avant qu'une opération endonasale projetée ait pu être faite. Il faut donc se garder des illusions thérapeutiques. Les améliorations rapides après les opérations endonasales peuvent très bien être expliquées par la saignée décongestive et doivent pouvoir être obtenues par des interventions simplifiées sans toucher aux sinus.

**GEORGES CANUYT et JEAN TERRACOL. — Les névrites optiques rétro-bulbaires et les sinus postérieurs (ethmoïde postérieur et sinus sphénoïdal). Etat actuel de la question.**

A la suite de nombreuses communications faites sur ce sujet à l'étranger, en Belgique, en France et en particulier à Strasbourg, les auteurs exposent le résultat de leurs recherches et de leur expérience :

L'anatomie précise les rapports du nerf optique et des sinus postérieurs et leur *intimité* chez certains sujets.

L'anatomie pathologique montre les lésions fréquentes des sinus postérieurs, surtout lorsque ces cavités sont grandes.

La clinique révèle l'existence des névrites optiques rétrobulbaires d'origine sinusienne qui sont améliorées et même guéries par le traitement des sinus postérieurs.

L'avenir seul indiquera quel est le pourcentage exact de cette étiologie sinusienne.

**MM. CANUYT et TERRACOL. — Deux observations de névrite optique rétrobulbaire d'origine sinusienne.**

Il s'agit de deux malades atteints de névrite optique rétrobulbaire d'origine sinusienne, et qui ont été traités par la trépanation des sinus sphénoïdaux.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille atteinte de névrite optique récente ; après l'opération, retour rapide de la vision à la normale. L'examen histologique a démontré des lésions de la muqueuse de l'antre.

Dans le deuxième cas, névrite optique datant de huit ans ; l'inter-

vention a montré des lésions polypeuses anciennes. Amélioration transitoire.

On a systématiquement dans ces deux cas éliminé toutes les étiologies possibles du syndrome rétrobulbaire ; en particulier la sclérose en plaques et la syphilis ; l'étiologie sinusienne reste la seule vraisemblable.

Le résultat opératoire d'autre part démontre la nécessité de l'intervention précoce.

**MM. HAREN et MASSELIN (de Colmar). — Névrite rétrobulbaire aiguë unilatérale ; curettage, des cellules ethmoïdales. Guérison.**

Il s'agit d'un cas de névrite rétrobulbaire aiguë unilatérale où la syphilis et la sclérose en plaques éliminées, l'intervention fut décidée malgré l'absence de signes rhinologiques à l'examen endonasal, la diaphanoscopie et la radioscopie. L'amélioration visuelle débuta dès le lendemain de l'intervention et la guérison rapide fut obtenue.

**M. STULTZ. — Gliome périphérique du nerf grand sympathique cervical.**

M. Stultz présente une jeune femme qu'il a opérée pour une tumeur bénigne du cou, ayant déterminé de la parésie récurrentielle et un syndrome de Claude Bernard-Horner. Il s'agissait d'une tumeur du nerf grand sympathique cervical, grosse comme une orange et dont les caractères microscopiques étaient ceux d'un gliome périphérique. Après l'opération le syndrome de Claude Bernard-Horner est devenu complet ; la parésie récurrentielle s'est améliorée.

**M. DUVERGER. — Névrite rétrobulbaire aiguë.**

M. Duverger rapporte une observation de 1919. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans atteint de névrite rétrobulbaire aiguë gauche qui se compliqua dans la suite d'une paralysie du moteur oculaire commun et de névralgie dans la sphère de l'ophtalmique. Malgré l'intégrité apparente des sinus postérieurs, l'intervention radicale fut pratiquée par le docteur de Lamotte. Les douleurs disparurent en quarante-huit heures, la paralysie du III en trois semaines ; seules l'atrophie optique et la cécité de l'œil gauche furent définitives.

**M. VELTER (de Paris). — Stase papillaire et tumeur de l'hypophyse, considérations cliniques et thérapeutiques.**

Il s'agit d'une femme de 40 ans, ayant présenté des troubles visuels progressifs, sans troubles moteurs mais avec œdème de papille bilatéral intense, rétrécissement du champ visuel à prédominance bi-temporale. Radiographie : selle turcique déformée. La trépanation décompressive élargit le champ visuel et fait passer l'acuité visuelle de 4/10 à 7/10 pour O. D., de 3/10 à 4/10 pour O. G. L'œdème de papille rétrocede complètement en deux mois.

**M. REDSLOB. — Névrite rétrobulbaire datant de douze ans, améliorée par l'évidement du sinus sphénoïdal.**

Il s'agit d'un cas de névrite du faisceau papillo-maculaire ayant débuté il y a douze ans, probablement à la suite d'une grippe et ayant évolué vers l'atrophie partielle du nerf optique. La vision s'améliora d'une façon très appréciable à la suite de l'évidement du sinus sphénoïdal qui présentait un aspect absolument normal. Ce cas prouve : 1° que le pronostic des névrites dites rétrobulbaires n'est pas toujours aussi bon qu'on l'a dit ; 2° que douze ans après le début de la névrite, l'intervention nasale peut encore avoir une influence favorable sur le processus inflammatoire. Nous ne sommes pourtant pas autorisés à admettre une origine nasale de l'affection névritique.

**MM. BARRÉ et CRUSEM. — Syndrome de Cl. Bernard-Horner et œdème d'un membre supérieur par goitre rétrosternal.**

Partant de cette idée, déjà émise, que le syndrome de Cl. Bernard-Horner peut présenter des formes différentes d'après le siège de la cause qui lui a donné lieu, les auteurs analysent un cas où la cause étant cervicale inférieure et médiastinale, le syndrome en question est complet ; il contraste en cela avec des syndromes sympathiques oculaires de type paralytique déjà présentés et dont la cause était plus haut située.

**M. BARRÉ. — Troubles respiratoires réflexes après opérations sur les voies respiratoires supérieures.**

On semble avoir considéré jusqu'ici que les productions anormales des voies respiratoires supérieures agissent seulement par leur présence pour provoquer différents troubles respiratoires dont l'asthme et le spasme laryngé constituent les exemples ordinaires.

L'auteur apporte l'observation de deux sujets qui supportèrent longtemps des polypes du nez et un polype du larynx sans avoir présenté aucun trouble respiratoire, et chez lesquels ces troubles se développèrent après l'intervention chirurgicale faite pour enlever ces polypes.

Barré pense qu'il se développe dans la cicatrice opératoire de petits névromes sympathiques, peut-être, qui constituent le point de départ de ces accidents. Il rapporte ces troubles et leur cause probable de ce qu'il a montré déjà pour les membres, et dans le domaine de la gynécologie où les troubles réflexes post-opératoires sont fréquents.

---

*Séance du 9 février 1924.*

**J.-A. BARRÉ et CAHN. — Méningite aseptique, troubles labyrinthiques.**

Un sujet de 37 ans est pris brusquement de céphalée, vertiges, vomissements, fièvre et tombe bientôt dans le coma. Le signe de Kernig existe, une ponction lombaire ramène un liquide trouble, très albumineux, et chargé de lymphocytes ; le malade sort du coma.



Dans la suite il a plusieurs crises de céphalée violente avec perte de connaissance ; des ponctions lombaires la soulagent régulièrement. Entre temps, et bien qu'il ait plus de 20 lymphocytes par millimètre cube et plus d'un gramme d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, il se trouve parfaitement bien. Il a cependant depuis le début des troubles labyrinthiques unilatéraux, sans aucune lésion inflammatoire reconnue de l'oreille moyenne. Les auteurs discutent les relations qui peuvent exister entre les deux éléments labyrinthiques et méningitiques de ce cas curieux.

**ROGER et AUBARET (Marseille). — Paralyse totale des mouvements associés d'élévation et d'abaissement du regard au cours de l'encéphalite épidémique.**

Paralyse totale des mouvements associés, élévation et abaissement du regard au cours d'une encéphalite épidémique. MM. Roger et Aubaret ont observé au cours d'un syndrome encéphalitique à début brusque par une somnolence comateuse mais à évolution ultérieure fruste, une paralysie complète des mouvements des deux yeux en haut et en bas avec paralysie de la convergence et parésie accommodative. Régression au bout de trois à quatre mois ; aucun séquelle au bout de dix mois.

**ROGER et CRÉMEUX (de Marseille). — Hémorragie méningée sus et sous-durale, secondairement mortelle par hémorragie du sinus latéral après traumatisme par chute sur la nuque.**

La malade de MM. Roger et Crémeux se heurte au cours de son travail la nuque ; quelques minutes après, elle perd connaissance. Hémorragie méningée avec paralysie faciale secondaire (9 jours). Amélioration, puis au cours d'un éclat de rire, nouvelle hémorragie mortelle. Autopsie : petite fissure occipitale et surtout hémorragie du sinus latéral dont la gouttière était creusée profondément.

Les auteurs insistent sur l'intérêt médico-légal de ce cas : traumatisme peu intense, sans ecchymose externe, dont la réalité, en absence de témoins, était presque contestée par l'employeur, et cependant du fait d'une disposition particulière du sinus latéral, hémorragie secondairement mortelle.

**AUBINEAU et GREMER (Nantes). — Troubles oculaires sensoriels dans l'encéphalite léthargique.**

Chez les deux malades dont nous présentons l'observation, le diagnostic « d'encéphalite épidémique » s'imposait et les troubles graves de la vision qui accompagnaient le parkinsonisme, ne pouvaient être rattachés à aucune autre cause qu'à l'encéphalite. Les pupilles étaient seulement pâles, sans aucune gêne circulatoire notable. L'atteinte des nerfs optiques réalisait deux types différents ; chez un malade névrite rétro-bulbaire (scotome central) coïncidant avec un parkinsonisme précoce apparaissant dès le huitième jour de l'affection ; chez l'autre atrophie optique à siège initial inconnu (pas de

scotome central) survenue à titre de séquelle, après un délai de trois ans.

**BARRÉ et L. REYS. — Les troubles labyrinthiques dans la sclérose en plaques. Etude basée sur 40 cas personnels.**

Les auteurs exposent le résultat des examens labyrinthiques cliniques et instrumentaux, qu'ils ont pratiqués sur 40 sujets atteints de sclérose en plaques. Ils montrent la fréquence de ces troubles, leur apparition souvent précoce, leur type ordinaire et la grande part qu'ils prennent dans le tableau général de la maladie.

**J.-A. BARRÉ. — Sclérose en plaques à forme labyrinthique pure.**

L'auteur présente une jeune femme chez laquelle un syndrome labyrinthique typique et bilatéral s'est développé, il y a trois ans, et s'accroît progressivement. En dehors d'un scotome central, on ne trouve chez la malade aucun signe pyramidal de la série irritative ou déficitaire, bien qu'elle ait la démarche de la sclérose en plaques typique; aucun signe cérébelleux. Dans le liquide céphalo-rachidien, pas de lymphocytoses, pas d'hyperalbuminose; réaction de Bordet-Wassermann négative; Benjoin colloïdal de Guillain positif.

L'auteur montre que dans la sclérose en plaques dont on fait souvent un complexe pyramido-cérébelleux, le syndrome labyrinthique est en général beaucoup plus important et fréquent que le syndrome cérébelleux et qu'il multiplie le trouble pyramidal et qu'il domine la symptomatologie de la sclérose en plaques.

**G. CANUYT et J. TERRACOL. — A propos d'un malade atteint de crises névralgiques de sinusite fronto-maxillaire aiguë.**

*Présentation du malade.* — Il s'agit d'un jeune homme qui, après un coryza grippal durant plusieurs jours, eut tous les matins, à la même heure, des crises de névralgie très douloureuses dans la région faciale gauche en général, et sus-orbitaire en particulier. A la prochaine réunion, les auteurs étudieront ces crises douloureuses et poseront la question suivante :

Pourquoi ces malades souffrent-ils tous les jours à la même heure durant deux ou trois heures et pendant huit jours seulement ?

**E. REDSLOB. — Arythmie et bradycardie persistante après éviscération du globe.**

M. Redslob constate chez un jeune homme, apparemment sain, de violentes douleurs post-opératoires, une arythmie, une bradycardie et une anurie, le tout suivant de près une éviscération du globe pratiquée à l'anesthésie locale. On avait injecté 8 centigrammes de novocaïne (dose maxima 80 centigr.) et 2 gouttes d'une solution d'adrénaline au millième. L'arythmie et l'anurie disparurent après trente-six heures, en même temps que les douleurs. La bradycardie au contraire per-

sista pendant une semaine entière. Le cœur ne présentait aucune lésion locale et la pression artérielle était normale. Il ne s'agissait pas d'un vagotendu, le rythme des pulsations ayant une fréquence normale avant l'opération; l'hypothèse d'une intoxication est également à rejeter, les doses de solution anesthésiante étant trop faibles, si même on admet une édiosyncrasie. On pourrait considérer le phénomène observé comme une manifestation d'un réflexe oculo-cardiaque, mais il n'est guère admissible qu'un réflexe se prolonge pendant toute une semaine.

L'observation est intéressante au point de vue ophtalmologique car les opérations pratiquées sur le globe n'influencent l'état général que tout à fait exceptionnellement.

**J.-A. BARRÉ. — Sclérose en plaques protubérantielles ou complications nerveuses otogènes.**

L'auteur présente un malade chez lequel s'est développé sans cause apparente et progressivement une hémiparésie droite, légère, à type mixte (irritative et déficitaire) accompagnée de troubles des mouvements associés des yeux surtout vers la gauche, d'une impression de déséquilibre et de quelques troubles vésicaux. Il existe une légère lymphocytose céphalo-rachidienne.

On note en même temps une hypoacousie gauche due à une otite cicatricielle consécutive à une otite moyenne aiguë suppurée. L'auteur expose et discute les interprétations qu'il convient d'envisager en pareil cas, et insiste sur la fréquence des réactions méningées péripéritreuses au cours des otites moyennes.

**J. KALTENBACH (Mulhouse). — Ce qu'on dit du traitement du vertige en 1703. Contribution à l'histoire de la médecine.**

Résumé du chapitre « Vertige » d'un livre du Dr Théodore Zwinger de Bâle, daté de l'année 1703 et intitulé *Der sichere und geschwinde Arzt*, c'est-à-dire « Le médecin sûr et lesté. »

**BARRÉ et FOLLY. — Méningite syphilitique hypertensive avec amaurose.**

Chez un sujet de 20 ans apparaissent des céphalées violentes, des vomissements, une diminution rapide de la vue et une quadriplégie passagère. Il a en outre de l'anosmie, du tremblement des membres et quelques troubles labyrinthiques. Actuellement il existe une névrite optique bilatérale coïncidant avec des pupilles petites, une hypertension du liquide céphalo-rachidien avec lymphocytose légère, albuminurie marquée, et réaction au benjoin colloïdal type méningitique. Les diagnostics de tumeur cérébrale et de sclérose en plaques qui furent posées sont éliminés et on pose celui de méningite (ou méningite ependymite) syphilitique avec hypertension (amaurose).

*Séance du 8 mars 1924.*

**BARRÉ et REYS. — Surdité unilatérale et troubles labyrinthiques spécialisés.**

Les auteurs présentent un sujet atteint depuis cinq ans de bourdonnements d'oreilles et de surdité progressive gauche, qui a en même temps des troubles labyrinthiques spécialisés. Pendant les crises de vertige, les objets tournent devant lui dans le sens sagittal ; il se sent porté en avant ; il est plusieurs fois tombé sur la face. Il n'existe pas de nystagmus, les épreuves des bras tendus et du fil à plomb sont négatives. A l'épreuve calorique, il existe une inexcitabilité qui porte uniquement sur les canaux verticaux gauches. Les épreuves voltaïques et rotatoires sont perçues normales. Les auteurs font différentes remarques sur ces troubles spécialisés et sur la symptomatologie des altérations des canaux verticaux.

**M. DUVERGER. — Evolution du signe d'Argyll-Robertson chez un tabétique.**

M. Duverger a examiné en 1920 puis en 1924 un tabétique, au point de vue des réactions pupillaires. Il a constaté la première fois un signe d'Argyll-Robertson confirmé bilatéral. Actuellement les deux pupilles réagissent inégalement, mais réagissent à la lumière.

**VELTER. — Syndrome de Millard-G bler chez un tabétique.**

Chez un tabétique confirmé, existe depuis sept ans une hémiplégie alterne, intéressant la face du côté gauche et les membranes du côté droit. Ce syndrome de Millard-G bler s'est installé brusquement, mais sans perte de connaissance ; les troubles paralytiques ont graduellement diminué, et il persiste actuellement de la raideur des membres, de l'exagération des réflexes tendineux du membre supérieur droit, la persistance du réflexe achilléen et rotulien faibles, et une extension de l'orteil légère mais nette, enfin une parésie faciale gauche. Par ailleurs, le tabès est au complet : inégalité pupillaire avec abolition de tous les réflexes pupillaires des deux côtés, ptosis et paralysie du droit externe à droite, et de ce côté atrophie optique et vision nulle ; à gauche, ophtalmoplégie externe totale, ptosis partiel, atrophie optique incomplète, vision =  $2/10$  ; les signes neurologiques sont très nets : abolition des réflexes achilléens et rotubiens gauches, signe de Romberg, ataxie, démarche à la fois ataxique et ébrieuse. Wassermann faiblement positif dans le sang et le liquide céphalo rachidien. Le syndrome de Millard-G bler est vraisemblablement lié à une lésion d'origine vasculaire, localisée dans l'étage inférieur de la protubérance, et venant compliquer les lésions méningo-radiculaires dont l'atrophie optique et les paralysies oculaires multiples sont les symptômes prédominants.



C. SPINNHIRNY et L. REYS. — **Troubles oculo-labyrinthiques, paralysie de la partie sensitive de la X<sup>e</sup> paire, emphysème en collier au cours d'une encéphalite aiguë.**

Les auteurs assistent chez un sujet à l'évolution de troubles oculo-labyrinthiques graves débutant par une parésie du droit externe, des troubles pupillaires, qui se traduisent d'abord par une réaction extrêmement vive du réflexe à la lumière qui passe en deux jours à la parésie, puis à la parésie totale de l'iris ; vers la fin survient un ptosis bilatéral.

En même temps que de forts vertiges, il existe un violent nystagmus. Une paralysie sensitive velo-pharyngo-palatine contrastait avec l'intégrité de la motilité normale du voile et de la IX<sup>e</sup> paire.

Un emphysème très prononcé en collier avait fait apparition dès le début qui regressa dans les derniers jours.

Il s'agissait d'une encéphalite aiguë, mena à la mort en six jours.

BARRÉ et CAHN. — **Syndrome bulbaire complexe par syringobulbie probable.**

Chez un sujet de 21 ans qui présente une thermoanalgesie typique sur un membre supérieur avec abolition des réflexes tendineux, il existe en outre une parésie des IX<sup>e</sup> X<sup>e</sup> et XI<sup>e</sup> paires ; les voies vestibulaires sont altérées d'un côté ; un syndrome de Cl. Bernard unilatéral existe du côté opposé. Le réflexe oculo-cardiaque monoculaire est faible mais certain des deux côtés.

En plus de différentes particularités qu'ils démontrent, les auteurs insistent sur la conservation curieuse du réflexe oculo-cardiaque dans les lésions bulbaires ; ce fait s'ajoute à ce que Guillaïn, Barré et Crusem ont déjà fait connaître sur cette question.

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

*Séance du 14 février 1924.*

R. JOUET. — **Évidement pétro-mastoïdien partiel sans plastique.**

Malade opéré par cette méthode qui consiste à conserver le conduit membraneux au cours de l'évidement pétro-mastoïdien. Cette technique ne peut s'appliquer qu'aux évidements partiels, lorsque les lésions sont bien localisées. Elle permet une cicatrisation plus rapide et plus esthétique que les diverses méthodes autoplastiques, et, dans la plupart des cas, non seulement conserve l'audition, mais peut même l'améliorer.

G.-A. WEILL. — Chez une malade opérée par lui pour un évidement, la cicatrisation ayant été retardée par l'élimination d'un séquestre, le conduit membraneux s'est reconstitué, réalisant le procédé préconisé par Barany.

**LIÉBAULT. — Évidement pétro-mastoïdien pansé à l'ambrine**

Liébault présente deux malades, parmi ceux qu'il a pansés à l'ambrine après évidement pétro-mastoïdien pour otorrhée chronique. Il attire l'attention sur les résultats excellents de cette méthode préconisée par Daure et en donne sa technique : d'abord pansement à la mèche vioformée pendant six à huit jours, puis pansement à l'ambrine coulée dans la cavité toutes les quarante-huit heures pendant huit à dix jours. Du 16<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> jour les pansements sont terminés, la cavité étant épidermée en gardant sensiblement sa forme opératoire.

Les avantages de cette méthode sont la facilité d'exécution, la sûreté des résultats, l'indolence complète des pansements. La seule précaution à prendre est de ne pas mettre l'ambrine trop chaude pour ne pas déterminer de vertiges. Les résultats apportés par l'auteur sont basés sur une expérience de 18 cas traités au cours de ces deux dernières années.

SÉBILEAU demande : 1<sup>o</sup> Si le pansement à l'ambrine, tel qu'il le pratique, permet d'éviter le bourgeonnement de la cavité parfois si tenace et variable suivant les sujets ; 2<sup>o</sup> Au bout de combien de temps la cavité est-elle complètement asséchée.

REVERCHON qui a observé pendant la guerre des réactions très vives, avec élévation de température (40°-41°) à la suite de l'application de l'ambrine chez les brûlés, demande à M. Liébault s'il a noté des faits identiques chez les évidés.

G.-A. WEILL demeure fidèle aux pansements de la cavité.

LIÉBAULT — Le bourgeonnement est parfois très gênant, mais depuis deux ans qu'il emploie l'ambrine, les difficultés pour conserver la cavité n'ont pas été comparables à ce qu'elles étaient auparavant, exception faite pour les enfants. La durée exacte nécessaire pour avoir une cavité complètement sèche est difficile à préciser : quelques cavités suintent plus que d'autres mais c'est un suintement léger.

Il n'a jamais rencontré d'élévation de température, si minime soit-elle. Il n'emploie d'ailleurs l'ambrine que dans les évidements à froid et lorsque la cavité opératoire a déjà été désinfectée. (Pansement ambrine après six ou huit jours).

Faire le moins de pansements possible serait l'idéal, mais il faut redouter le comblement de la cavité.

M. LABERNADIE.

## SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE BUENOS-AIRES (1).

*Séance du 7 août 1923.*

### **BASAVILBASO — Labyrinthectomie totale dans un cas de labyrinthite suppurée et d'abcès de la fosse cérébrale postérieure.**

Malade en voie de guérison auquel il a pratiqué une large ouverture du labyrinthe pour une labyrinthite suppurée qui avait succédé à une labyrinthite séreuse après une cure radicale.

**SAMINGO. — Tumeur de l'hypopharynx traitée et guérie par la diathermie et la radiothérapie.**

Tumeur de l'hypopharynx de nature maligne confirmée par la biopsie et qui fut guérie par l'association de la diathermie et de la radiothérapie.

L'auteur résume les avantages de la diathermie pour la chirurgie : elle est hémostatique, elle permet une intervention plus rapide, une diminution du shock et une économie de temps. Elle stérilise les tissus et évite la dissémination des éléments néoplasiques. Elle a permis dans ce cas d'intervenir par les voies nasales, évitant une pharyngotomie latérale avec trachéotomie.

**RICCITELLI et Y. FRANCHINI. — Rhinite spasmodique.**

Ils ont eu des résultats positifs par un traitement mixte au mercure et à la tuberculine.

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE SECTION DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 2 novembre 1923.*

**F.-S. FRASER et DONALD NATSON. — A propos de 14 cas de cancers laryngés intrinsèques (Voir analyses).**

### DISCUSSION

**TILLEY. —** Il importe d'enlever le moins de tissu possible (pour la biopsie) avant l'opération. Le cancer semble produire pendant sa période d'activité maxima un certain degré d'immunité qui cesse peu après l'ablation de la tumeur, d'où les récidives. L'auteur a observé dans deux cas des récidives après plusieurs années qui étaient certainement dues à la présence de cellules néoplasiques restées après l'intervention et réactivées après épuisement de l'immunité.

**Prof. BURGER. —** Vient d'observer un cas de récidive survenu vingt-trois ans après l'opération. Il lui paraît difficile d'admettre dans ce cas la théorie de M. Filley.

**SAINT-CLAIR THOMSON. —** La syphilis et la tuberculose obscurcissent le pronostic ; l'auteur est partisan de la biopsie, bien qu'elle ne donne pas toujours satisfaction.

**J. DUNDAS GRANT. —** La biopsie est nécessaire, et n'aggrave pas l'évolution néoplasique. Une galvanocautérisation sur la section de la prise prévient l'invasion des lymphatiques.

**JOBSON HORNE. —** S'arrête à la technique de la biopsie qui ne répond que trop rarement aux desiderata de l'histologiste, surtout en ce qui concerne l'orientation.

**SYME. —** Est partisan de la biopsie pour assurer le diagnostic. L'ou-

verture du larynx n'est pas sans danger, on ne doit pas la faire, si l'on n'est pas sûr de la nature de la lésion.

FRASER. — Mackenty de New-York ne fait pas la thyrotomie, il enlève tout le larynx dans tous les cas intrinsèques; dans ce cas, il faut être absolument certain de son diagnostic, ce qui n'est possible que par une biopsie.

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE. SECTION D'OTOLOGIE

*Séance du 3 novembre 1923.*

### J.-S. FRASER. — Surdité congénitale chez un chien.

L'examen histologique des oreilles internes donnait une oreille moyenne, une capsule labyrinthique, les utricules et les canaux normaux; les canaux sacculaires et cochléaires étaient collab  s. La membrane de Reisner se confondait avec la membrane basilaire; l'organe de Corti était représenté par une disposition irrégulière de cellules; les nerfs vestibulaires et cochléaires, ainsi que leurs ganglions étaient normaux. Ces lésions diff  rent totalement de celles observées sur des souris dansantes (altérations surtout neuro-épithéliales).

Dans les troubles congénitaux de l'oreille interne on distingue plusieurs degrés. Dans le premier stade la malformation porte uniquement sur le canal cochléaire. Dans le second stade le saccule est également pris, et au troisième degré, les lésions s'étendent sur le labyrinthe membraneux entier avec prédominance dans la partie inférieure. Enfin le labyrinthe osseux peut à son tour présenter certaines lésions; notamment le l  macon.

Deux questions se posent: A quel moment faut-il placer le début de ces altérations et quelle est leur étiologie? Enfin la corrélation entre l'absence de pigmentation et la surdité congénitale mériterait d'être étudiée.

### DISCUSSION

SIDNEY SCOTT. — L'auteur de cet article a démontré que dans les surdités cong  nitaes chez le chien et l'enfant les lésions semblaient se localiser sur la strie vasculaire, véritable plexus choroide dont les troubles de sécrétions entraîneraient l'applatissement du canal cochléaire.

ALBERT GRAY. — Il faudrait rechercher les rapports de l'hérédité de ces lésions avec la loi mendélienne.

HOBBDAY. — La surdité congénitale est bien connue des vétérinaires, on l'observe surtout sur les chats et chiens blancs, sur les lapins albinos.

DAN MACKENZIE. — La question de la pigmentation des organes des sens est encore bien mystérieuse.

FRASER. — D'après Siebermann et Noger certains cas de surdité congénitale seraient dus à une méningite fœtale. Mais l'embryologie explique



difficilement cette pathogénie. En ce qui concerne la présence de tissu conjonctif dans le canal cochléaire, l'auteur partage l'opinion de Rutin (persistance de tissu fœtal).

**ALLEN FROST. — Les otolithes chez les poissons.**

SIDNEY SCOTT. — Les travaux de M. Allen Frost doivent provoquer des recherches sur les rapports anatomiques et fonctionnels des otolithes avec les réflexes toniques variés.

TILLEY. — N'est pas convaincu que les poissons puissent entendre.

ALBERT GRAY. — Chez certains poissons on trouve à l'ouverture du labyrinthe, un otolithe volumineux baignant dans une substance gélatineuse. Quelle était la consistance de l'endolymphe des poissons dont l'auteur s'était occupé ?

O. TWEEDIE. — Quelle était la grandeur des otolithes chez les différentes espèces de poissons, les récents travaux d'Utrecht indiquent le sagitta comme le plus grand, puis le lapillus, et enfin l'astérique.

La discussion porte sur la possibilité de l'ouïe chez les poissons ; le tout est de savoir où commence l'ouïe et où cesse la perception ordinaire de vibrations.

**J. DUNDAS GRANT. — A propos de la compression digitale des artères vertébrales dans les bourdonnements d'origine vasculaire.**

Il s'agit d'une femme de 51 ans dont les bourdonnements diminuaient à la pression digitale sur des artères vertébrales dans le triangle sousoccipital.

SIDNEY SCOTT. — A toujours douté que l'on puisse comprimer les artères vertébrales dans la région sousoccipitale.

FRASER. — La plupart des cas de bourdonnements sont dus à une névrite cochléaire ou à une lésion des cellules ganglionnaires du limaçon.

WATSON WILLIAMS. — Les artères vertébrales ne semblent pouvoir être comprimées, bien que dans certains cas de bourdonnement d'origine centrale la méthode du Dr J. Dundas Grant semblait les supprimer.

J. DUNDAS GRANT. — A vérifié sur le cadavre la possibilité de compression de l'artère vertébrale. Le signe de compression peut être utilisé dans le diagnostic d'un anévrisme de l'artère vertébrale.

**ARTHUR H. CHEATLE. — Un cas de lupus du lobule.**

Il s'agit d'une forme tumorale de lupus de la grandeur d'une petite poire survenu en deux ans chez une femme de 34 ans parfaitement saine par ailleurs ; la surface de la tumeur appendue à la face postérieure du lobule était lisse, non ulcérée.

**T.-B. LAYTON. — Un cas de méningite guéri sans drainage translabyrinthique.**

Trépanation mastoïdienne très large avec mise à jour du sinus et de la dure-mère chez un garçon qui souffrait depuis plusieurs années

d'une otite moyenne chronique suppurée réchauffée récemment. Ligature de la jugulaire le lendemain ; pendant onze jours tous les jours une ponction lombaire ; guérison au bout d'un mois et demi.

## DISCUSSION

WATSON WILLIAMS. — Demande s'il n'y avait pas de lésions labyrinthiques ; dans le cas présent, la méningite semble avoir été très localisée.

JENKINS. — Excepté pour l'abaissement de la tension intra-cranienne, la ponction lombaire ne lui paraît pas être un moyen thérapeutique.

SYDNEY SCOTT. — Est partisan du drainage translabyrinthique dans les méningites consécutives à une labyrinthite et demande à l'auteur un examen plus complet et ultérieur ; il serait intéressant de savoir, s'il existait ou non une participation labyrinthique. Il n'est pas rare de voir les méninges envahies par le pus d'une otite par une autre voie que celle du labyrinthe ; la ponction lombaire provoque un drainage des méninges, et ne doit jamais être négligée comme moyen de traitement.

DAN M'KENZIE. — **L'opération radicale conservatrice sans plastique (Barany).**

C'est un évidemment pétro-mastoïdien dans lequel on laisse intact le conduit auditif externe membraneux ; on évite aussi les rétractions cicatricielles souvent inévitables des procédés de plastique.

## DISCUSSION

J. DUNDAS GRANT. — Espère pouvoir montrer le premier cas opéré d'évidement à Londres avec un excellent résultat de cicatrisation sans que l'on ait fait une plastique. Il estime que le tamponnement du méat membraneux doit suffire.

COLLEDGE. — Condamne les procédés opératoires sans plastique.

TILLEY. — Partage la même opinion.

WATSON WILLIAMS. — Est partisan de la technique conservatrice, du moment qu'elle permet le maintien de l'audition en n'intervenant pas sur le tympan.

SYDNEY SCOTT. — Cette technique ne pourra toujours être qu'une opération réservée à certains cas particuliers.

JENKINS. — Dans certains cas bien déterminés l'auteur fait un lambeau périosté qu'il enfouit dans l'antre et l'aditus. La partie inférieure de la cavité est traitée au caillot sanguin.

FRASER. — L'opération décrite par Dan M'Kenzie ressemble à celle pratiquée par Hoskin de New York.

DAN M'KENZIE. — **Transformation fibromateuse de cholestéatome simulant un néoplasme de l'oreille.**

L'opération révéla des masses de cholestéatome remplissant la mastoïde et contournant l'oreille jusque vers le tragus. Le facial n'était pas lésé. L'examen histologique démontra la nature fibromateuse de ce tissu organisé.

**A.-F. FRIEL. — L'ionisation dans deux cas d'otite moyenne chronique suppurée.**

L'auteur a obtenu la guérison dans les deux cas; il décrit le dispositif qu'il a employé pour l'électrolyse et l'ionisation, la solution était du sulfate de zinc.

DISCUSSION

M. HILL. — A vu, excepté dans un cas, de très bons résultats en employant cette méthode. On arrive à tarir rapidement l'écoulement, ce qui est important chez les enfants et même à arrêter les puronculoses récidivantes.

JABSON. — La destruction du mur de la logette par l'électrolyse est riche de promesses quant à la guérison des suppurations de l'attique.

SOMERVILLE HASTINGS. — Ce procédé lui semble un peu dangereux. L'auteur voudrait savoir combien de fois Jobson a pu ainsi éliminer des séquestres.

FRIEL. — A utilisé ce procédé huit fois, la plupart du temps sur des enfants, sans anesthésie régionale à la novocaïne.

**RICHARDS. — Un cas d'abcès cérébral consécutif à une otite moyenne aiguë complètement guérie. Intervention, guérison.**

Un garçon de 16 ans guérit d'une otite aiguë gauche paracentésée en ne gardant que des céphalées du même côté. Huit semaines après admission d'urgence à l'hôpital pour vomissements, névrite optique diplopie, aphasie sensorielle; nystagmus spontané dans les deux directions, réactions labyrinthiques normales. L'opération révéla un abcès encapsulé à environ 2 centimètres de profondeur dans le lobe temporal; drainage avec une canule à trachéotomie.

**J.-F. O'MALLEY. — Actinomycose et paralysie faciale simulant une mastoïdite de Bezold.**

L'affection est survenue après une piqure de moustique près de l'oreille droite; une incision faite au bout de trois semaines donne issue à du pus; après quatre mois, l'écoulement purulent existant encore, et la mastoïde semblant infectée, le malade est vu par l'auteur qui diagnostique une actinomycose (présence de mycélium !).

QUIRIN.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGO-RHINOLOGIE

*Séance du 4 décembre 1923.*

**HEINDL. — Cancer de la base de la langue opéré. Métastases ganglionnaires, ayant rétrocedé par la radiothérapie.**

Il s'agit d'un malade antérieurement opéré pour un cancer (histologiquement confirmé) de la base de la langue et qui se présentait sous la forme d'un volumineux papillome pédiculé. Pharyngotomie

sous-hyoïdienne, ablations de la tumeur et d'une partie de l'épiglotte. On ne fit pas de curage ganglionnaire, car il n'y en avait pas. Ce n'est que secondairement, et après des incidents multiples (phlegmon du larynx, séquestration du cricoïde), que les ganglions apparurent. Ceux-ci furent traités par la radiothérapie et ont presque entièrement disparu. Par contre des végétations papillaires ont reparu sur l'ancienne cicatrice opératoire, et récidivé après ablation. Mais, au microscope, ils se montrent comme étant des papillomes sans dégénérescence maligne.

**GLAS.** — 1) Tuberculose de la narine gauche; 2) Volumineux kyste dentaire du maxillaire supérieur droit.

**SUCHANECK.** — Chancre primitif de la gencive. Tuméfaction du toit du cavum et des ganglions occipitaux.

Il s'agit d'un chancre situé au niveau des incisives supérieures gauches. Le cas est présenté à cause du retentissement lymphatique anormal qui ne correspond pas au trajet classique des lymphatiques de la région. Ici le courant lymphatique paraît avoir été vers le toit du cavum et avoir déterminé une tuméfaction du tissu adénoïde; d'où secondairement tuméfaction des ganglions de la nuque.

**C. HOFER.** — 1) Trachéomalacie; 2) Mucocèle du sinus frontal.

**CEMACH.** — Traitement du rhume des foins.

Pour diminuer l'irritabilité de la muqueuse nasale, Cemach utilise les rayons ultra-violets au moyen d'une modification de la lampe de Kromeyer.

**DEMETRIADÈS.** — Un index labyrinthique.

Deux cancers, l'un de l'épipharynx, l'autre du larynx; une tuberculose du larynx, confirment et étendent l'opinion déjà émise par l'auteur: à savoir que les toxémies ou les cachexies cancéreuses et autres, retentissent sur le labyrinthe et influent sur les appareils cochléaire et vestibulaire en déterminant de l'hypoacousie et de l'hypoexcitabilité. Ces symptômes subissent l'influence des opérations dirigées contre la maladie causale (opération, radio et radiumthérapie, etc.) et sont améliorées par elles. On peut aller plus loin et admettre qu'on a dans le fonctionnement labyrinthique un index permettant d'apprécier le degré d'intoxication de l'organisme.

**HASLINGER.** — Formation membraneuse du larynx. Nouvelle méthode de traitement.

Malade déjà traité ailleurs à plusieurs reprises. Actuellement la membrane a un aspect cicatriciel et occupe la moitié antérieure de la glotte. Haslinger a réséqué à la pince la membrane puis a réussi à placer dans la commissure antérieure une plaquette d'argent qu'il a



fixée au moyen de fils d'argent à travers la peau. Ces manœuvres ont été permises grâce à l'emploi de son directoscope. Guérison. Mais à noter que la plaquette d'argent a été éliminée du larynx, c'est-à-dire entre le cartilage et la peau.

WESSELY. — Tuberculose laryngée traitée par la lumière artificielle.

---

COLLÈGE DES MÉDECINS (*Philadelphie*) (1).

(SECTION D'OTO-LARYNGOLOGIE)

*Séance du 20 décembre 1922.*

GEORGE B. WOOD. — **Polype nasal extrêmement développé.**

Il s'agit d'un polype de très grandes dimensions que présentait un garçon de 19 ans faible d'esprit. La tumeur apparaissait derrière le voile du palais qu'elle projetait en avant ; elle fut enlevée par un serre-nœud dont le fil fut introduit par la bouche et passé par une fosse nasale. Le pédicule de la tumeur une fois sectionné, la masse fut enlevée par la voie buccale.

RALPH BUTLER. — **Présentation de deux malades atteints de cancer du nez et de la gorge et traités par le radium.**

Il s'agit d'une tumeur de la dimension d'une noix sans coquille apparaissant à la narine gauche et se prolongeant dans le naso-pharynx. La biopsie fait poser le diagnostic d'adénocarcinome. Une capsule de 25 milligrammes de radium est placée dans le naso-pharynx et une de 15 milligrammes dans la narine gauche pendant huit heures. Trois semaines plus tard, deuxième application : 35 milligrammes dans le naso-pharynx et 15 milligrammes dans la narine gauche. Vingt-quatre heures après, la respiration semble être devenue meilleure et l'on fait une même dose de radium, qui fut répétée vingt-sept jours plus tard. Depuis deux mois, plus de traitement. Le 23 mars, 50 milligrammes de radium sont appliqués pendant douze heures. Le 11 avril 1922, on place 35 milligrammes dans la fosse nasale gauche ; cette dose est répétée un mois plus tard et laissée en place pendant huit heures. Le malade se sent mieux et la tumeur a diminué. Le 1<sup>er</sup> juin 1922 le malade se plaint d'écoulement purulent de la narine droite depuis la dernière application. On en fait une nouvelle le 22 juin 1922 : 50 milligrammes pendant huit heures. L'état est bien meilleur.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade présentant dans le naso-pharynx une zone ulcérée, indolore. Le 11 décembre 1919 on applique 35 milligrammes de radium pendant douze heures, six semaines après, même traitement. Le 18 mars, amélioration et diminution du volume

de la tumeur ; le 21 mars, 15 milligrammes pendant douze heures. Le 11 avril 1922, on note encore une diminution du volume mais également une brûlure par le radium. Le 27 avril 1922, brûlure du nasopharynx et perforation du voile du palais. Le traitement radiumthérapique est repris le 14 septembre 1922.

GEORGE B. WOOD fait remarquer qu'il a observé un épithélioma de la paroi postérieure du pharynx et l'a vu disparaître après une semaine de traitement par le radium.

GEORGE M. COATES a vu un cas analogue avec disparition de la tumeur en une semaine. Deux mois après bon état, mais quinze jours après récédive complète.

FIELDING O. LEWIS parle en faveur de l'opération de Crosby Green lorsque le néoplasme envahit l'ethmoïde ou les sinus maxillaires ou les deux à la fois, opération qui permet une excellente utilisation du radium. Excellents résultats obtenus à l'hôpital général de Philadelphie.

**GEORGE M. COATES. — Un cas d'abcès du cerveau d'origine otitique avec présentation de pièce.**

Le malade était un homme d'âge moyen, dont l'oreille coulait depuis l'enfance, mais qui n'avait pas accusé d'autres symptômes jusqu'alors. Puis il se plaignit de vertige et de surdité. A l'examen le canal auditif externe est tuméfié, mais il n'y a pas de signes particuliers de mastoïdite. L'opération révèle un cholestéatome de l'antre mastoïdien. La cure radicale est faite sans incident et le malade quitte l'hôpital dix jours après, paraissant dans un bon état. Quatorze jours après, paralysie faciale sans vertige. Aux épreuves de Barany, on note une absence de réaction de l'appareil vestibulaire du côté malade. On opère une deuxième fois cinq semaines plus tard et l'on trouve le labyrinthe nécrosé et tout l'os temporal détruit dans sa portion pétreuse toute entière. Le malade avait eu des maux de tête avant cette intervention et l'on avait pensé à ce moment-là à un abcès du cerveau. Mais, l'intervention montrant cette destruction de l'os temporal, on pense qu'elle est suffisante pour expliquer la céphalée. Dix jours après l'intervention, paralysie de la langue et du pharynx et mort quelques jours plus tard. A l'autopsie, on trouve une méningite purulente couvrant la base du cerveau tout entière et trois abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal, dont un près de l'écorce. Tout le côté gauche du cerveau était ramolli.

GEORGE B. WOOD cite le cas d'un soldat qui avait reçu une balle dans l'oreille et qui présentait des symptômes de pression intracranienne. La balle était située à la partie antérieure de la portion pétreuse du temporal. Le malade fait une série d'abcès cérébraux et une hernie cérébrale grosse comme un œuf de poule ; il meurt trois mois après. Tout son lobe frontal avait pour ainsi dire disparu, les lobes pariétal et occipital de même. Pratiquement le malade avait vécu près de trois mois avec la moitié de son cerveau. Il pouvait manger et accomplir les différents actes de la vie courante sauf pendant les quelques derniers jours précédant sa mort.

WALTER ROBERTS a vu des cas analogues à celui rapporté par

M. Coates mais qui étaient, habituellement, d'origine tuberculeuse.

FIELDING O. LEWIS. — Un jeune homme était atteint depuis longtemps de sinusite frontale ; on pratique la cure radicale ; convalescence sans incident, mais, trois semaines plus tard, pus dans la région frontale avec gonflement, rougeur et fluctuation ; on opère ; on découvre largement toute la région frontale et l'on trouve une portion nécrosée dans la paroi postérieure du sinus frontal gauche. En curetant cette zone on évacue deux onces de pus du cerveau. Le malade n'avait pas eu de symptômes intracrâniens ou oculaires. Excellentes suites opératoires sans température. La culture montre que le pus contenait du streptocoque et du staphylocoque.

S. MACCUEEN SMITH fait remarquer qu'un des points les plus intéressants concernant les abcès intracrâniens d'origine otitique est l'absence de symptômes. En ce qui le concerne, la moitié des abcès cérébraux furent découverts lors d'une intervention pour suppuration chronique de l'oreille moyenne ou de la mastoïde. Depuis l'épidémie de grippe, les abcès cérébraux sont du type aigu. Dans le cas où il y a des symptômes d'abcès cérébral, mais sans signes de localisation, Smith pense qu'il est tout indiqué, d'explorer, avant toute autre région, le lobe temporo-sphénoïdal, la grande majorité des abcès cérébraux d'origine otitique se développant dans cette région.

M. FETTEROLF attire l'attention sur le changement de caractère du malade comme symptôme d'abcès intracrânien.

RALPH BUTLER confirme cette opinion en citant le cas d'un malade qui avait reçu une balle dans la mâchoire supérieure, qui avait été enlevée par la voie orbitaire. On ne suspectait rien d'anormal dans le cerveau. Puis il changea de caractère, causa du trouble dans la salle et beaucoup d'ennuis aux infirmières. Un abcès cérébral fut trouvé plus tard.

S. MACCUEEN SMITH attire l'attention sur ce qui pourrait être appelé « aphasie optique » et parle d'un malade qu'il avait opéré pour abcès cérébral, qui présentait un type particulier d'aphasie. Lorsqu'on lui montrait une clef, il était incapable de dire que c'était une clef, mais il montrait la porte et indiquait que l'objet servait à l'ouvrir. Il est persuadé que c'est là un symptôme important.

M. COATES ferme la discussion en disant que son malade avait montré et un changement de caractère et de l'aphasie.

#### WARREN B. DAVIS. — Atrésie congénitale des narines.

Il s'agit d'un enfant né à terme, normal sous tous les rapports, mais présentant une atrésie de la narine droite. Aucun antécédent héréditaire, mais était un jumeau. Il est probable que la cause de la malformation fut une compression exercée sur la face latérale du nez par l'autre fœtus dans les premiers temps de la vie intra-utérine. A l'âge de 5 mois, on pratique une incision en Y au niveau d'une petite dépression existant à l'endroit où aurait normalement dû se trouver la narine. En profondeur l'atrésie s'étendait, sur un plan circulaire, jusqu'au niveau de la jonction du tiers antérieur et moyen du cornet inférieur.

BENJ. D. PARISH a vu un cas analogue.

**DAVID HUSIK. — Opération radicale, ancienne de trois ans pour adénocarcinome de l'ethmoïde, de l'antre et cornet moyen. Pas de récurrence. Présentation de malade.**

La littérature considère le carcinome des fosses nasales et des sinus comme extrêmement grave. Il en existe plusieurs formes qui, par ordre de fréquence, sont les suivantes: formes à cellules squameuses, à cellules cylindriques, à cellules médullaires et l'adénocarcinome. L'auteur attire l'attention sur son malade parce que celui-ci n'a pas de récurrence depuis trois ans, alors que sur 18 cas opérés au John Hopkins Hospital, il n'y en a pas un seul dans lequel il n'y eut pas de récurrence avant que le malade ne sortit de l'hôpital. Il s'agit d'un homme de 32 ans qui se plaignait d'un écoulement et d'obstruction de la fosse nasale gauche. L'examen montra la narine gauche obstruée par une grosse masse polypoïde grise, irrégulière, recouverte d'un exsudat mucopurulent et fixée, selon toute évidence au cornet moyen. Obscurité à la transillumination. On extirpe la tumeur suffisamment pour rétablir la respiration nasale. Cinq mois après, le malade revient pour épistaxis gauche grave. L'œil et la joue gauche sont proéminents et le malade est atteint de surdité gauche. La biopsie de la tumeur donne comme résultat : adénocarcinome infiltrant. L'examen radioscopique montre des lésions de l'antre et de l'ethmoïde antérieur et postérieur. Un tube de 50 milligrammes de radium est placé tous les sept jours et un traitement radiothérapique est pratiqué sans grand succès. On pratique alors l'opération radicale par résection du maxillaire supérieur et curettage de l'ethmoïde. Quelques jours après l'intervention, se développe une otite moyenne aiguë à terminaison rapide. Trois mois après, petite récurrence qui disparaît après application de 50 milligrammes de radium.

FIELDING O. LEWIS tient à féliciter M. Husik,

GEORGE M. COATES pense qu'il est nécessaire de maintenir ouvert l'antre jusqu'à ce que la possibilité ou la probabilité d'une récurrence n'existe plus.

**JOSEPH D. SEIBERLING. — Gomme laryngée chez un enfant de dix ans..**

Le malade est âgé de 10 ans, est le douzième enfant d'une mère qui a eu 13 grossesses dont 3 fausses-couches. Il présente de l'enrouement sans douleur. Le Wassermann est positif. A l'examen du larynx on note une infiltration de la bande ventriculaire et de la corde vocale gauches, projetées au delà de la ligne médiane formant une masse un peu irrégulière s'étendant à l'articulation cricoarythénoidienne. La corde vocale droite est légèrement congestionnée, mais normale et se meut librement. La glotte est réduite à environ un tiers de ses dimensions normales. On fait au malade une injection intraveineuse de 0,45 d'arsphénamine que l'on répète chaque semaine et la masse rétrocede rapidement.

GEORGE B. WOOD. — Ce cas est extrêmement intéressant, les gommages du larynx étant très rares chez l'enfant.

WALTER ROBERTS. — La réaction de Wassermann rend le diagnostic



parfois impossible, aussi est-il bon d'essayer les doses croissantes d'iode de potassium qui donnent, souvent, de bons résultats, parfois d'ailleurs inattendus, et bien que le Wassermann soit négatif.

CURTIS C. EVES est de cet avis. Il cite le cas d'un homme de 70 ans, porteur d'une tumeur du larynx qui avait été traitée, sans grande amélioration, par le radium et les rayons X, tumeur qui disparut le jour où lui fut donné de l'iode de potassium à l'occasion de crises d'asthme. Le Wassermann avait été trois fois négatif.

JOHN EDWARD LOFTUS. — **Un cas de rhinorrhée céphalo-rachidienne.**

L'auteur, après avoir fait une revue d'ensemble concernant la rhinorrhée céphalo-rachidienne, rapporte le cas suivant : Le 5 janvier 1922 il voit une femme âgée de 40 ans soignée depuis trois mois pour sinusite. Elle se plaint d'un écoulement clair de la narine gauche depuis trois mois. La malade a toujours été très forte : elle pèse 120 kilogrammes. Aucune histoire de blessure à la tête. La malade raconte que le 23 octobre 1921, après avoir beaucoup ri et, ensuite, violemment éternué, elle se rendit compte qu'un liquide clair coulait de la narine gauche, accompagné d'une céphalée frontale, avec extension vers le vertex. Depuis, la céphalée a été constante, mais diminue un peu lorsque l'écoulement de liquide augmente ; il s'écoule environ 15 centimètres cubes de liquide à l'heure, liquide clair, sans odeur, sans saveur, sans dépôt et de réaction alcaline. L'écoulement est modifié par la position de la tête, étant plus abondant lorsque la malade tient la tête penchée ou lorsqu'elle est couchée. La malade avalant souvent du liquide, une diarrhée sérieuse en est résultée. Elle déclare, en outre, qu'à trois reprises le liquide s'échappa en jet de son oreille gauche, mais pendant très peu de temps ; ce phénomène ne put pas être observé par l'auteur. L'écoulement est augmenté lorsque la malade monte des escaliers, travaille, ou lorsqu'elle se met en colère ou devient surexcitée. L'examen nasale révèle une forte déviation de la cloison à droite avec, à la base, un éperon venant au contact du cornet inférieur. Les amygdales sont de dimensions et d'aspect normaux, et les sinus ne présentent rien de particulier, pas plus que l'oreille. L'auteur n'a pu déterminer exactement l'endroit d'où sortait le liquide, mais il pense qu'il provenait de la partie postérieure de la paroi supérieure de la fosse nasale et non pas du méat moyen. Wassermann négatif. L'analyse montre que l'écoulement présente la même composition que le liquide céphalo-rachidien normal. Un examen neurologique complet ne décèle aucune lésion organique du cerveau. La malade était devenue si déprimée et mélancolique qu'elle avait été envoyée à l'hôpital pour s'y reposer ; après deux mois de séjour, l'écoulement s'arrêta complètement, mais deux semaines après la cessation de l'écoulement, elle est prise de frissons et la température monte à 40°, accompagnée d'une violente céphalée. Deux jours après s'installe un état semicomateux avec quelques périodes de lucidité, puis surviennent de la paralysie faciale et un tremblement généralisé du corps. La malade meurt enfin, trois semaines après, d'encéphalite aiguë.

M. FETTEROL félicite l'auteur de sa communication.

WARREN B. DAVIS, qui avait examiné le nez de la malade, se demande s'il n'y aurait pas eu fracture lors d'une résection sous-muqueuse de la cloison qui avait été pratiquée quelque temps auparavant, résection dont la partie supérieure lui semblait un peu haute.

GEORGE B. WOOD demande si l'autopsie a été faite.

M. LOFTUS répond que malheureusement cela n'a pas été possible par suite de l'absence d'un anatomo-pathologiste. En ce qui concerne l'écoulement de liquide céphalo-rachidien par l'oreille, il n'en a trouvé qu'un seul cas dans la littérature, celui d'Escat dans lequel le liquide céphalo-rachidien s'écoulait par l'oreille gauche à la suite d'une résection sous-muqueuse.

**JAMES H. MENDAL. — Présentation de planches coloriées montrant les modifications pathologiques de la membrane tympanique.**

L'auteur montre 200 peintures montrant le tympan normal et ses altérations pathologiques qui constituent un très gros travail.

PLANTEY.

## SOCIÉTÉ ROUMAINE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

*Séance du 12 décembre 1923.*

### **COSTINIU. — Abscesses pétro-cérébelleux post-otiques.**

Costiniu communique l'observation d'une malade P. M..., âgée de 12 ans, entrée à l'hôpital le 28 novembre 1923, souffrant d'une otite moyenne suppurée chronique droite, à la suite d'une maladie contagieuse qu'elle a eu à l'âge de 3 ans. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, son écoulement d'oreille cessa brusquement. Deux semaines après elle eut un frisson, puis de la température et se mit au lit.

A l'entrée à l'hôpital la malade est semiconsciente, avec de grands maux de tête surtout à l'hémicrâne droit. Elle présente des phénomènes méningés, de la raideur de la nuque et de la température. Le lendemain intervention sur la mastoïde droite sous anesthésie générale. Au décollement du périoste, la corticale de la mastoïde est absolument indemne. On découvre facilement le sinus, de couleur bleuâtre et sans aucune lésion apparente. On ouvre l'antre sans trouver beaucoup de pus : pourtant la mastoïde qui est pétreuse, présente de l'os carié autour de l'antre. On continue la trépanation largement pour faire l'évidement, on trouve dans les cellules postéro-supérieures du pus de couleur verte bien lié. La trépanation est continuée largement sans plus trouver de pus. On draine et on fait le pansement. La malade mourut la nuit suivante. À l'autopsie la corticale interne fut trouvée indemne de toute lésion osseuse. Les méninges furent trouvées sans aucune infiltration. À la partie externe antérieure du cervelet on trouve une collection purulente de la grosseur d'un petit œuf de poule. Cela nous a fait conclure que nous sommes

en présence d'un abcès pétrocérébelleux, comme on l'observe lorsque les cellules rétro-pétreuses sont intéressées.

Séance du 22 janvier 1924.

**MAYERSOHN. — Ganglions trachéo-bronchiques et hémage persistant.**

MAYERSOHN présente un jeune garçon de 14 ans qu'il a opéré à deux reprises de végétations adénoïdes, il y a trois ans, et qui depuis deux ans présente un tic guttural de hémage persistant sans discontinuer des plus ennuyants aussi bien pour l'enfant et son entourage. Toutes sortes de médications internes et locales naso-pharyngiennes furent essayées sans résultat. Rien à l'examen local et rien à l'auscultation. Le garçon est très débilité, plus petit qu'à son âge, malingre, pâle et lymphatique.

NEUMAN croit à l'irritation du pneumogastrique par un ganglion situé sur son trajet et conseille la radioscopie.

La radioscopie faite le lendemain montre la présence de quelques ganglions trachéobronchiques. Soumis à un traitement par les rayons ultraviolets de 15 séances fait par Singer, tout hémage disparut après la dixième séance sans aucune trace.

**BURLANESCU et FSETSU. — Sinusite fronto-ethmoïdale suppurée gauche. Opération. Guérison.**

BURLANESCU et FSETSU présentent un malade entré à l'hôpital le 13 décembre et qui trois semaines auparavant eut une épistaxis gauche arrêtée par un praticien en cinq jours. Huit jours après le malade remarqua que sa paupière gauche enflait, qu'il avait des maux de tête en forme de coups. Au service d'ophtalmologie on observe une tuméfaction au-dessus de la paupière gauche et une collection au milieu de la même paupière. La palpation en est douloureuse. Il existe une infiltration de toute la région frontale qu'on retrouve également du côté opposé, mais moins douloureuse. A la rhinoscopie on voit une légère hypertrophie du cornet inférieur gauche, un petit polype au niveau du méat moyen. Pas de sécrétion muco-purulente. A la diaphanoscopie rien de suspect au sinus maxillaire. Le sinus frontal gauche s'éclaire moins en rapport au sinus droit.

Du côté de l'appareil visuel, en dehors d'une légère exophtalmie, rien à remarquer. On diagnostique *sinusite frontale gauche, avec perforation de la paroi intersinusale et polype nasal* et on décide l'intervention sous anesthésie chloroformique, on incise et on décolle les parties molles et on trouve la perforation au point interne de l'arcade orbitaire, par où s'écoule du pus. On trépane autour de l'orifice et on découvre un sinus, grand, plein de fongosités baignées dans du pus. L'étendue des lésions fait qu'on procède à une sinusectomie radicale, avec l'enlèvement de la presque totalité de la paroi anté-

rière du sinus. L'ethmoïde était de même oblitéré par les fongosités. On curette et on rétablit le conduit nasofrontal, on suture la plaie, en dehors de l'angle interne qu'on draine. Tout cela normalement et le 29 décembre le malade sort guéri et reprend ses occupations.

Nous présentons ce malade, car son cas est instructif.

1<sup>o</sup> Cette sinusite a dû être plus ancienne, ayant un début insidieux, sans symptômes alarmants et puis éclate brusquement. Il est très probable que le sinus ethmoïdal fut le premier atteint et puis le sinus frontal.

2<sup>o</sup> Les praticiens connaissent peu de rhinologie. Le diagnostic aurait pu être posé avant la tuméfaction et la fistulisation.

3<sup>o</sup> Il est bon que la lésion ne soit pas toujours mise en liaison avec les organes immédiatement voisins seulement. Il faut penser plus loin car ces tâtonnements peuvent être quelquefois désastreux pour le malade et désagréables pour le médecin.

MELIANU félicite les présentateurs pour le beau résultat obtenu malgré la gravité du cas et pour l'entière satisfaction du patient.

VASILIU demande pourquoi les opérateurs ont fait le drainage frontal, qui laisse habituellement des fistules, et non pas le drainage nasal. Quels symptômes font croire à Tsetsu que l'ethmoïde fut le premier malade et puis le sinus frontal?

TSETSU répond que la présence du polype devant le méat du sinus ethmoïdal en fait soupçonner la préexistence de cette sinusite. Ce polype a d'ailleurs disparu spontanément après l'opération du sinus frontal.

BURLANESCU dit que dans le cas qui nous occupe le drainage frontal était plus favorable que le drainage nasal. D'ailleurs l'orifice de communication entre le sinus et la cavité nasale étant étroit, le drain empêche le drainage de se bien faire. Par le drainage frontal l'opéré est guéri en peu de temps et radicalement, tandis que par le drainage nasal la guérison est souvent incomplète et le malade continu longtemps à moucher du pus, signe de fistule nasale.

---

### *Séance du 11 février 1924*

#### **BERMA. — Angiome de la cloison.**

BERMA rapporte le cas d'une malade qui se présente avec une petite tumeur de la grosseur d'une cerise dans la narine droite et qui saigne au moindre attouchement. Dès l'enfance, la malade avait des épistaxis abondantes, mais avec des exacerbations les cinq dernières années. Berma extirpe au galvanocantère la petite tumeur et continue pendant trois mois des ingnipunctures. L'épistaxis devient très rare et très réduite.

L'examen microscopique de la tumeur fait par le professeur V. Babès, montre que la tumeur est bénigne avec des vaisseaux sanguins plus abondants à la base et avec de l'inflammation vasculaire ayant des imprégnations intra et extra-vasculaires de nodules jaunes très abondants.



L'explication de ces nodules, Berma les donne par le fait que la malade, pour arrêter ses hémorragies abondantes, se servait très-généreusement d'une solution de perchlorure de fer, dont elle portait toujours un gros flacon sur soi. Berma conclut qu'il s'agit d'une angiome congénital dégénéré en une végétation imprégnée abondamment de sel de fer.

**DAVID-GALATI. — Varice de la veine jugulaire externe.**

DAVID-GALATI présente la photographie d'un marin qui avait, à la base du cou du côté gauche, une petite tumeur de la grosseur d'un noix, située au sommet du triangle supraclaviculaire. Cette tumeur grossit lorsque le malade fait des efforts. Elle disparaît sous la pression du doigt. Une veine turgescence vient aboutir au pôle supérieur de la tumeur.

La tumeur ne s'efface pas lorsqu'on appuie avec les doigts sur les deux pôles de la tumeur, mais elle s'efface lorsqu'on appuie en haut. David-Galati pense d'abord à une trachéocèle, puis à un anévrisme. Une ponction faite dans la tumeur donne issue à du sang. Il ne pouvait donc être question que d'une tumeur veineuse, d'un anévrisme artério-veineux ou d'une varice de la veine jugulaire externe.

A l'opération c'est ce dernier diagnostic qui fut vérifié. Après l'incision on constate que la tumeur disparaît dans les profondeurs en passant par un anneau, qui n'est que l'orifice de l'aponévrose du cou par où passe habituellement la veine. Ligature. Extirpation. Comme étiologie David-Galati mit le traumatisme produit par la friction sur l'épaule gauche du marin de la grosse corde. L'auteur n'a pu trouver dans la littérature étrangère un autre cas pareil.

**DAVID-GALATI. — Hémoptysie et corps étranger du larynx.**

DAVID-GALATI relate le cas d'une tzigane tuberculeuse, hémoptoïque qui avale une soupe aigre et sentil après une piqûre dans la gorge suivie d'hémorragie. Son médecin diagnostique : hémoptysie. La femme continue à avoir une douleur dans la gorge, vint voir David-Galati qui trouve au-dessus de l'épiglotte une petite arrête de poisson, enfoncée à droite et à gauche dans les parois du pharynx, d'où s'écoule du sang pris comme hémoptoïque. L'arrête enlevée, toute hémorragie cessa.

**DAVID-GALATI. — Corps étranger œsophagien avec abcès.**

DAVID-GALATI communique le cas d'un soldat, qui avala avec la soupe, un os. Douleur, sialorrhée abondante, impossibilité de déglutir. Examiné cinq jours après, température 39°. Rien au larynx; à l'œsophagoscopie on voit sous la bouche de l'œsophage un abcès qui couvre l'os à peine visible de telle manière qu'on ne peut pas extraire celui-ci. Les circonstances font qu'on ne peut pas faire une radioscopie à la deuxième œsophagoscopie, qui dure deux heures. David-Galati, avec beaucoup de difficultés, enlève l'os, plat, en forme de parallélogramme, de 33 millimètres de long et de 28 millimètres de large, après avoir fait d'abord l'incision à la Guisez de l'abcès qui était énorme. Le malade a

encore eu de la fièvre, 40°, pendant deux jours, puis il alla progressivement vers la guérison.

D<sup>r</sup> L. MAYERSOHN.

## SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE

156<sup>e</sup> séance, 4 avril 1923.

G.-V. Th. BORRIES. — **Affection vestibulaire partielle dans un cas de névrite optique. (Atrophie héréditaire du nerf optique de Leber).**

Homme de 20 ans, présentait, entre autres choses, un scotome absolument central ; respectivement de 10° et de 20° des deux yeux. Malgré cela le nystagmus expérimental optique normal se produit, ce qui prouve que cette réaction peut être provoquée par les parties de la rétine, situées périphériquement à la fovéa. A l'examen des fonctions vestibulaires, on constate par l'épreuve rotatoire une inhibition isolée de la fonction du canal semi-circulaire horizontal gauche (pas de symptôme de syphilis, Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien).

G.-V. Th. BORRIES. — **Nystagmus optique héréditaire.**

Une fillette de 11 ans avec nystagmus optique congénital présente, quand elle regarde droit devant elle et en bas, un nystagmus horizontal rotatoire tantôt à droite, tantôt à gauche. Quand le regard est dirigé vers la droite ou la gauche, il y a un fort nystagmus dans la direction du regard. Quand le regard est dirigé vers le haut, il se présente de temps en temps un battement vertical vers en haut. Avec les lunettes de Bartels on obtient à l'œil gauche un nystagmus large, continu, surtout dirigé à gauche. A l'œil droit on obtient un affaiblissement du nystagmus spontané qui cesse complètement ou se présente comme quelques battements isolés tantôt à gauche, tantôt à droite. A l'œil gauche on ne réussit pas à obtenir de nystagmus optique dans aucune direction. Par contre, à l'œil droit, on obtient une réaction normale verticale, vers en bas et une réaction anormale vers en haut qui au lieu d'être dirigée verticalement se produit diagonalement vers en haut à gauche, ou horizontalement à gauche. Le nystagmus horizontal ne fut obtenu ni à droite ni à gauche.

JOERGEN MOELER. **Un cas de syndrome de Barany avec guérison sans opération.**

Une femme de 29 ans tomba subitement malade avec fièvre de 40° et des violents maux de tête au front, pouls lent et délire. On fit deux ponctions lombaires qui donnèrent du liquide normal. La température tomba en quinze jours à la normale. Après six semaines, elle ne garda plus le lit, mais était très amaigrie, avait des maux de

tête et un état de fatigue ; elle voyait double, sans parésie du moteur oculaire externe. Elle remarquait elle-même que sa main gauche se dirigeait mal pour saisir un objet. Six mois après le début de la maladie, elle se plaignait toujours de maux de tête, vertige, et vomissements de temps en temps. On constata la déviation spontanée du poignet gauche, autrement rien d'anormal à l'examen fonctionnel du vestibule. Dans la suite tous les symptômes, la déviation également, disparurent spontanément.

**ROBERT LUND. — Remarques sur l'opération radicale conservatrice, spécialement en ce qui concerne la dernière méthode de Barany.**

Après discussion et critique des différentes méthodes de l'opération radicale conservatrice pour suppuration chronique de l'oreille moyenne, l'auteur expose 18 cas opérés d'après la plus récente méthode indiquée par Barany, dont 16 cas opérés par l'orateur. La méthode consiste en ceci que l'on opère comme dans une trépanation simple, donc on laisse intacte la paroi postérieure du conduit auditif, aussi bien la partie cartilagineuse qu'osseuse, sauf au canal tympano-mastoïdien que l'on élargit avec des petites curettes ; de cette façon on obtient une vue complète de l'attique d'où on enlève les granulations et les parties cariées. La plaie sera fermée en arrière de l'oreille, avec, au début, un petit drain de caoutchouc à l'angle inférieur de la plaie, en attendant la guérison par granulations. 14 cas sur 18 furent entièrement guéris ; dans 4 cas, l'opération ne réussit pas ; deux de ceux-ci furent obligés dans la suite de se soumettre à l'opération radicale. La cicatrisation se fit très vite, dans la plupart des cas dans deux à quatre semaines. Le résultat fonctionnel fut bon ; dans la plupart des cas l'ouïe s'améliorait considérablement ; dans 4 cas, il n'y eut pas de changement ; dans 2 cas, l'ouïe a baissé.

SCHMIEGELOW a fait plusieurs opérations d'après la méthode de Barany ; dans quelques cas, le résultat fut bon, dans d'autres la suppuration ne cessait pas et nécessitait une opération radicale ultérieure.

H. MYGIND est persuadé que la méthode de Barany, appliquée dans des cas appropriés, aura un grand avenir.

**HOLGER MYGIND. — La méningite collatérale otogène.**

A l'autopsie de 150 cas, morts de méningite à la clinique otolaryngologique de l'hôpital municipal, on a trouvé 4 cas, emportés par une méningite otogène évidente et de marche rapide (entre autres signes : liquide céphalo-rachidien trouble), chez qui il n'était pas possible de mettre en évidence macroscopiquement aucune inflammation de la pie-mère et de l'arachnoïde. Trois de ces cas furent soumis à l'examen microscopique et dans les trois cas on découvrit des phénomènes inflammatoires très étendus dans ces méninges. Dans 3 cas où le diagnostic clinique de « méningite purulente diffuse » avait été posé, l'autopsie ne démontra qu'une méningite localisée ; au microscope on trouva une inflammation qui dépassait de très loin les limites de la « méningite localisée » macroscopique. Dans 3 cas atteints d'autres

complications intracrâniennes otogènes où le diagnostic de méningite avait été porté et où, à l'autopsie on avait trouvé macroscopiquement les deux méninges internes en état normal, l'examen microscopique releva une leptoméningite diffuse prononcée. Le caractère du liquide céphalo rachidien est donc d'une importance fondamentale pour le diagnostic. Quant à la présence de microbes, elle se montra dans environ 27 % des cas de méningite mortelle non compliquée; le liquide céphalo-rachidien restait stérile tandis que cependant après la mort on pouvait y constater la présence de microbes.

Dans presque tous les cas de méningite otogène à issue fatale la formule cellulaire du liquide céphalo-rachidien est polynucléaire.

La méningite otogène collatérale est classée en un groupe à part. Dans cette méningite il y a des symptômes cérébraux diffus, mais le liquide céphalo-rachidien reste limpide avec un peu de pléocytose. Pléocytose veut dire : plus de 3 cellules par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien.

On remarque les formes suivantes des manifestations méningitiques dans les cas d'otite suppurée moyenne, aiguë ou chronique : 1° *Méningisme*, c'est-à-dire des symptômes méningitiques diffus avec liquide céphalo-rachidien normal ; 2° *Méningite circonscrite* : symptômes méningitiques locaux avec pléocytose légère du liquide céphalo-rachidien ; 3° *Méningite collatérale* : symptômes méningitiques diffus avec pléocytose légère ou moyenne du liquide céphalo-rachidien *limpide* (moins de 150 à 200 cellules par millimètre cube du liquide céphalo-rachidien) ; 4° *Méningite diffuse suppurée bénigne* : symptômes méningitiques diffus avec liquide céphalo-rachidien trouble, suivie de guérison (l'auteur a observé 23 cas de cette forme) ; 5° *Méningite diffuse suppurée maligne* : comme la précédente ; mais avec issue mortelle.

L'élément principal du traitement chirurgical est l'ablation aussi précoce que possible du foyer primaire. Dans tous les cas de méningite on procède donc à la trépanation de l'apophyse mastoïde (à l'opération radicale seulement en cas d'otite moyenne suppurée chronique) et à la craniotomie. La dure-mère n'est pas incisée sauf quand on soupçonne d'autres complications intracrâniennes. Environ tous les deux jours on fait une ponction lombaire aussi bien à titre de traitement qu'au point de vue du diagnostic. Des injections de sérum polyvalent streptococcique sont recommandées.

---

157<sup>e</sup> Séance, 2 mai 1923.

E. SCHMIEGELOW. — Un cas de sarcome à cellules rondes du maxillaire supérieur. Extirpation. Traitement postopératoire par le radium. Guérison.

Homme de 51 ans, d'abord opéré à cause d'empyème du sinus maxillaire. Le sinus maxillaire était rempli de masses visqueuses de polypes et de grumeaux caséeux. Peu après il se présenta de l'exophtalmie. On procéda à la revision du sinus et on enleva sur une grande étendue les parois du sinus qui étaient envahies par des masses lum-



rales. L'examen microscopique donnait : sarcome à cellules rondes. Quatre jours plus tard on introduisit 10 milligrammes de radium que l'on laissait pendant quarante-huit heures. Cinq mois plus tard on refit la même application de radium, à la même dose. Un an après l'opération il n'y avait pas encore eu de rechute.

**G.-V. TH. BORRIES. — Névralgie du trijumeau et myalgie.**

On trouve souvent dans les affections suppurées des sinus voisins du nez et du même côté que la sinusite, des infiltrations musculaires douloureuses dans les insertions des muscles de la nuque qui sont en rapport évident avec la sinusite. Ces infiltrations peuvent donner lieu à des névralgies typiques et violentes du trijumeau. Quand celles-ci se présentent, on peut souvent couper l'accès instantanément en exerçant une pression sur l'endroit nommé dans la région de la nuque ; l'auteur en a fait l'expérience personnelle. De telles infiltrations peuvent également occasionner des névralgies du trijumeau, sans affection simultanée des sinus.

**G.-V. TH. BORRIES. — Parésie faciale rapidement disparue.**

Seize heures après une opération radicale de l'oreille moyenne, à laquelle on trouva une affection cholestéatomateuse avec destruction du tissu osseux, s'étendant profondément dans l'éperon du facial, une parésie périphérique totale et simultanée était complètement disparue. L'auteur attache dans ces cas une certaine importance au traitement à découvert de la plaie rétro-auriculaire.

**G.-V. TH. BORRIES. — Bradycardie dans la labyrinthite aiguë.**

L'auteur fait remarquer que même dans un cas où un abcès cérébral occasionne la mort du malade par la pression exercée sur le cerveau (paralysie de la respiration), le pouls lent n'est pas un symptôme constant. L'auteur attire en outre l'attention sur le fait que le pouls lent peut être un symptôme de labyrinthite. L'auteur a observé que dans plusieurs cas d'affection infectieuse du globe oculaire, consécutives à des lésions perforantes de l'œil, on peut nettement constater un ralentissement du pouls. Il suppose que la bradycardie de la labyrinthite est analogue au « réflexe oculo-cardiaque » (Dagnini) qui peut être provoquée par la compression du globe oculaire.

**VIGGO SCHMIDT. — Affection otolithique.**

Une femme de 58 ans, atteinte de rhumatisme musculaire aigu, présente des symptômes vestibulaires et cochléaires. Les réactions calorique et rotatoire sont normales. Pas de nystagmus spontané, ni déviation, ni chute. Par contre, en position couchée sur le côté droit il se produit du nystagmus qui devient plus fort quand la tête se trouve en rotation, probablement à cause d'un effet réflexe originaire des muscles du cou ; cet effet se fait sentir également à la rotation de la tête à gauche, tandis que dans la position couchée sur le côté gauche, il n'y a pas de nystagmus. Des essais au fauteuil rotatoire donnent

des résultats plus prononcés quand la tête est penchée à droite (10° à 15°) tandis que la flexion de la tête à gauche les diminuent ou les suppriment (0° à 2°).

**B. OLRICH. — Deux cas de tuberculose de la bouche.**

1° On trouve sur le fillet, sous la pointe de la langue, un ulcère tuberculeux long de 3 à 4 centimètres et large de 1 centimètre. Le malade était phthisique. Ce qui était remarquable c'est que l'ulcère s'était développé sans douleur. 2° Sur la face interne de la joue gauche un demi-centimètre en arrière de la commissure des lèvres, jusque à la partie postérieure du bord alvéolaire, se trouvait une tuméfaction à surface mamellonnée, fendillée, de consistance ferme et à base adhérente, infiltrée. Dans sa partie supérieure la tumeur était ulcérée. Examen microscopique : tuberculose. Pas de symptôme de tuberculose pulmonaire. La tumeur s'était développée d'une façon lente et indolore.

**K. THRANE. — L'appareil de Dundas Grant destiné à provoquer les réactions vestibulaires au moyen d'insufflation d'air froid dans l'oreille.**

L'appareil est décrit dans *The Lancet* de juillet 1915. Au lieu de chlorure d'éthyle dont se sert l'inventeur pour refroidir le courant d'air, Thrane emploie de l'éther et obtient ainsi un refroidissement du jet d'air jusqu'à 17° C. Les réactions vestibulaires provoquées de cette manière ont le même effet que celles provoquées par l'eau froide, mais il faut deux fois plus de temps pour les obtenir, et leur effet est rarement aussi puissant; en présence éventuelle d'une réaction faible, il est donc nécessaire de compléter l'examen par les épreuves caloriques ordinaires. Dans les affections aiguës de l'oreille, l'appareil est à préférer aux injections d'eau froide.

**K. THRANE. — Cylindrome dans le pharynx et le voile du palais.**

Chez un enfant de 4 jours on enleva à l'anse froide une tumeur grosse comme une noix à l'amygdale gauche; déplaçant la luette à droite, elle s'étendait jusqu'à la voûte palatine.

Examen histologique : cylindrome.

Trois mois plus tard de nouveaux troubles respiratoires. On trouva une rechute au même endroit et en outre des masses tumorales qui s'étendaient jusqu'aux rhino-pharynx. Sous anesthésie au chloroforme et la tête en position renversée, la tumeur fut extirpée; dans le rhino-pharynx elle était légèrement adhérente à la base du crâne. La tumeur examinée au microscope avait le caractère prononcé du sarcome, avec les formations caractéristiques du cylindrome.

ROBERT LUND.

# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

---

**ROUSSY. — L'état actuel du problème du cancer.** Gauthier-Villars, éditeur 1924.

Le cancer, qui étend de plus en plus ses ravages, puisqu'il tue, en France seulement, plus de 40.000 personnes par an et plus de 500.000 dans le monde, est devenu à juste titre un sujet de vives préoccupations aussi bien pour les médecins et les hygiénistes que pour les autorités publiques. Parmi ceux qui ont étudié ce terrible mal, M. Roussy occupe une place à part par ses remarquables recherches expérimentales qu'il poursuit depuis de longues années et qui offrent une contribution extrêmement importante à la connaissance des processus cancéreux.

Dans ce livre, l'auteur s'est proposé de faire un exposé exact et complet du problème du cancer, en l'étudiant sous ses multiples aspects : étiologique, pathologique, expérimental, biologique, thérapeutique, social, etc. Si le tableau qu'il en trace est des plus sombres, puisqu'il est malheureusement presque impossible, à l'heure actuelle, de guérir le cancer dans son état avancé, il est par contre prouvé par d'innombrables observations que le cancer à son début est parfaitement guérissable. C'est pourquoi il s'est attaché à décrire avec un soin particulier les phénomènes qui accompagnent sa naissance et à indiquer le mode de traitement qu'il convient d'instituer pour arrêter son développement.

La lecture de ce livre sera ainsi d'un grand profit, non seulement pour les médecins, les biologistes et les hygiénistes, mais aussi pour toutes les personnes réfléchies qui veulent avoir des notions solides sur cette effrayante maladie et éviter d'en être victimes.

**Professeur KUTVIRT. — Otologie.** T. II, 1923, 569 pages, 78 figures, en partie en couleurs.

Ce manuel d'otologie est d'autant plus intéressant qu'il représente l'expérience personnelle de l'auteur, qui pour chaque question d'otologie se base sur sa longue pratique.

Le livre, avant tout la partie traitant la pathologie de l'oreille externe, est illustré de beaucoup de photographies provenant de la collection de sa propre clinique à Prague. La plus grande partie de l'ouvrage est consacrée aux maladies de l'oreille moyenne. L'auteur s'écarte de la classification habituelle. Par exemple il traite le catarrhe exsudatif avant les catarrhes chroniques, tandis que dans les autres manuels de ce genre nous le rencontrons parmi les otites aiguës.

Kutvirt ne partage pas l'opinion de bien des auteurs qui procla-

ment otite catarrhale tout exsudat constaté dans la caisse à l'autopsie.

L'oto-laryngologiste sera intéressé par le chapitre concernant la paralysie du nerf abducteur, comme symptôme spécial de quelques otites aiguës graves. L'auteur a observé la disparition de cette paralysie après la ponction lombaire en expliquant ce rare symptôme par la méningite circonscrite séreuse.

L'un des chapitres les plus intéressants est celui consacré à l'otite des nourissons, qui est basé sur l'examen personnel de l'auteur sur 4.450 enfants de l'Hospice des Enfants-Trouvés de Prague. Ce sont surtout les facteurs étiologiques, qui sont intéressants; la relation, entre l'éclampsie et l'otite moyenne des enfants, a été exposée par l'auteur à l'occasion du dernier congrès international à Paris.

Comme type spécial il considère l'otite moyenne des vieillards à cause de la différence de son évolution par rapport à l'otite moyenne des adultes.

Pour établir le diagnostic de l'otite chronique, Kutvirt recommande plutôt la constatation otoscopique que celle de la durée. Il considère l'airol comme moyen diagnostique de l'otite nécrosante. La partie touchant la partie suppurante, se colore en noir.

Un chapitre spécial est consacré à l'étude du cholestéatome, que Kutvirt appelle otite moyenne desquamative. Kutvirt explique l'élargissement de la cavité du cholestéatome comme une suite de l'inflammation de l'os se développant d'une manière inaperçue sous la couche épithéliale en absence de l'air, où l'os est anéanti par l'activité des ostéoclastes.

Parmi les affections de l'oreille interne, l'auteur place à la première place l'otospongiose, accentuant par cette classification l'indépendance de cette maladie de l'otite adhésive et son substratum pathologique : la lésion de la capsule osseuse du labyrinthe. Au point de vue diagnostique, il met à la première place le symptôme de Gellé. En thérapeutique, il est loin d'être pessimiste.

En ce qui concerne la maladie de Ménière, Kutvirt reconnaît cette maladie comme une unité nosologique, en opposition avec les auteurs allemands qui parlent seulement de syndrome ou des symptômes de Ménière. Il détermine très précisément le tableau de cette maladie en excluant tous les cas d'origine traumatique ou inflammatoire.

Dans le chapitre traitant les névrites acoustiques, il mentionne ses observations personnelles d'intoxication par oxyde de carbone, le plomb, la quinine, le salicylate et les cas des neurites acoustiques après intoxication par la viande publiées par ses anciens assistants, dont l'analyste avait l'honneur d'être autrefois.

Cet ouvrage est publié en langue tchèque. Traduit en langue française, il pourrait intéresser aussi les médecins de la nation alliée à laquelle le professeur Kutvirt a été toujours attaché d'une affection profonde.

NINGER François (Brno).

ALBERT A. GRAY. — **Atlas d'Otologie.** Mac Lehosé, Jackson and Co, édit., Glasgow, 1924.

Ce superbe atlas est composé de 92 photographies, la plupart en vue stéréoscopique, prises par l'auteur lui-même et provenant de



dissections ou de préparations de l'auteur lui-même. Cet atlas sera consulté avec fruit par les otologistes, les anatomistes et les étudiants. Car il contient de magnifiques planches non seulement d'anatomie normale, mais d'anatomie pathologique et des photomicrographies. Vues du temporal sous ses différentes faces et sous des sections variées, préparations du facial, du nerf de Jacobson, du nerf d'Arnold, représentations des multiples types de mastoïde, préparations du sinus, du golfe, de la carotide et de la trompe d'Eustache, figurations de la caisse, des osselets, dissections de l'oreille interne, voilà trop rapidement énumérées les nombreuses planches ayant trait à l'anatomie normale. La partie pathologique est à son tour représentée par 48 planches ayant trait aux perforations tympaniques, aux arrosions par cholestéatome, aux lésions d'otite aiguë, d'otites chroniques, d'otite adhésive, aux polypes de la caisse, aux caries osseuses et ossiculaires et aux différentes fistules ; 14 figures ont trait à l'otosclérose, d'autres aux lésions labyrinthiques dans les otites suppurées d'une part, la surdimutité d'autre part. Toutes ces photographies sont d'une netteté remarquables et judicieusement choisies pour l'enseignement.

Trop modestement A. Gray s'excuse de n'avoir pu donner plus de planches encore ; il compte le faire dans un supplément, si le succès de son atlas répond à son attente. Pour notre part nous n'en doutons pas et avec toutes nos félicitations à l'auteur pour avoir si bien pu mener à bien un effort qui couronne un long et minutieux labeur, nous souhaitons de voir bientôt paraître les autres représentations des pièces restantes de sa remarquable collection. L. B.

NICOLAS, GATE et DUPASQUIER. — **L'autohémothérapie dans la furunculose.** *Lyon Chirurgical*, t. XX, n° 5, 1923, p. 553-561.

L'autohémothérapie constitue, d'après les auteurs, la méthode de choix dans le traitement de la furunculose vraie à éléments multiples. La technique est simple : injection sous la peau ou dans les muscles fessiers de 10 centimètres cubes de sang prélevée par ponction veineuse. On répète l'injection tous les deux ou trois jours jusqu'à guérison complète et une fois celle-ci obtenue, il est bon de faire 3 ou 4 injections pour éviter la récurrence. Sous l'influence de l'autohémothérapie, la douleur disparaît rapidement, puis les autres signes d'inflammation s'atténuent, les furoncles semblent se flétrir.

Les accidents consécutifs à l'injection sont exceptionnels. L'autohémothérapie n'agit pas par un mécanisme de vaccination, c'est sans doute par la production d'un choc hémoclasique qu'il faut expliquer les effets de cette méthode, puisque le sang d'individus sains donne des résultats identiques. A. AUBIN.

LACAPÈRE — **Traitement de l'eczéma par l'ionoïde d'arsenic.** *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1923, n° 4, p. 194-195 et 196.

Nous résumons rapidement cette communication. Mais nous avons tenu à la signaler ; car il nous semble que le traitement modifié pourrait être essayé dans notre spécialité. Le cacodylate de soude à

haute dose donne des résultats excellents dans le traitement de l'eczéma, quelques échecs existent parfois ; ils seraient moins nombreux, même exceptionnels avec l'arsenic colloïdal ou ionoïde d'arsenic.

Quatre observations sont des plus convaincantes. La méthode la plus rapide et de choix est la méthode intra-veineuse, les injections sont répétées trois fois par semaine, à la dose de 2 ampoules par injection soit 3 milligrammes d'arsenic colloïdal pur. En injection intramusculaire, les injections sont répétées tous les jours, à la dose d'une ampoule pendant dix à vingt jours. En ingestion la dose est d'une ampoule par repas pendant quinze à vingt jours sans arrêt. La tolérance de l'organisme pour l'ionoïde d'arsenic est excellente et l'on n'observe pas de réaction colloïdoclasique comme avec d'autres colloïdes.

A. AUBIN.

GEORGE F. SURKER. — **Modifications du fond d'œil dans les abcès du cerveau.** *Société Laryngologique et Neurologique de Chicago*, 3 décembre 1923.

Les changements intraoculaires dans les abcès ne sont pas différents de ceux que l'on observe dans les autres lésions cérébrales. On ne peut d'ailleurs pas conclure de l'examen du fond d'œil si on a affaire à une tumeur cérébrale, à un abcès ou à une méningite. Les signes observés sont ceux d'une névrite ou d'un œdème de la papille, souvent ces deux signes peuvent être confondus.

Leur absence n'indique pas l'absence de lésions intracrâniennes.

Les modifications du fond d'œil n'indiquent pas le caractère et la localisation de la lésion pas plus qu'ils ne peuvent apporter un élément au pronostic sur la survie du malade.

Les modifications du fond de l'œil en l'absence de manifestations cérébrales sont d'une grande valeur diagnostique dans les cas de complications intracrâniennes soupçonnées, elles peuvent apparaître dans tous les cas d'affections intracrâniennes.

SOUCHET.

MOURE. — **Sur un nouveau mode de drainage des abcès du cerveau.** *Revue de Laryngologie*, n° 5, 1924, p. 81.

Le drainage des abcès du cerveau est extrêmement difficile à réaliser et les procédés proposés sont nombreux. Villandre et Rochaix en 1918 ont proposé le drainage filiforme constitué par un paquet de crins maintenus par un fil de bronze, d'aluminium ou d'argent, qui permet une vérification radiologique. — Hermann Knapp recommande, après incision de l'abcès, de placer dans l'intérieur un instrument appelé encéphaloscope qui permettrait d'étudier la configuration intérieure de la poche. — Pinder conseille l'emploi de tubes perforés en caoutchouc, maintenus par une plaque. Ricardo Botey prétend que le drainage est presque impossible à réaliser, la substance cérébrale se portant à la surface et obstruant l'orifice. Pour lui, il est préférable d'employer soit un drain métallique de gros calibre, à rebord terminal ou, au lieu d'un gros tube, trois drains en caoutchouc que l'on raccourcira au fur et à mesure que la cavité de l'abcès diminuera d'étendue.

Les méthodes préconisées sont donc multiples ; pour Moure elles ne donnent aucune satisfaction comme le prouve à chaque pansement l'absence de pus sur les compresses, et le flot qui s'écoule au contraire quand on décolle les lèvres de la plaie avec une pince coudée à oreille. Il y a donc avantage à maintenir béants sous le pansement les bords de l'orifice, ceci est réalisé par deux valves métalliques, qui, grâce à un ressort doux maintiennent dilatées les parois de la poche.

Ce procédé a été employé à deux reprises chez une malade avec plein succès.

Une observation d'un abcès cérébral récidivant est publiée complètement. Pour Moure cette technique est la seule qui puisse donner un drainage efficace.

A. AUBIN.

L.-J. THOMPSON. — **Syndrome de Ménière à la suite de la radiumthérapie.** *J. A. M. A.*, 2 février 1924, t, LII, n° 5, p. 388.

F. de 62 ans, à laquelle on a appliqué pour traiter de l'hyperthyroïdisme, du radium en douze endroits différents du cou, notamment dans les deux régions rétro-maxillaires. Trois semaines après commence une série de crises de vertiges avec troubles de l'équilibre, vomissements et nystagmus. L'auteur incrimine le radium.

A ce fait intéressant il manque un examen des fonctions auditives et vestibulaires. L'influence de l'hyperthyroïdisme initial, non plus que celle de l'état de la circulation artérielle chez cette femme de 62 ans, ne sont pas discutées.

L. B.

G. FERRERI. — **De l'hypoexcitabilité du labyrinthe postérieur dans la méningite séreuse essentielle.** *Rivista Oto-Neuro-Oftalmologica*, n°, 1923.

Dans 9 cas de méningite séreuse essentielle l'auteur a pu constater une dissociation fonctionnelle entre les labyrinthes antérieur et postérieur, consistant d'une part en l'intégrité du labyrinthe antérieur et d'autre part en une hypoexcitabilité et parfois en une vraie inexcitabilité de l'appareil vestibulaire postérieur.

MALAN.

SPIEGEL et DEMETRIADES. — **Contribution à l'étude du système nerveux végétatif. Influence de l'appareil vestibulaire sur les mouvements intestinaux** *Mon. f. Ohr.*, t. LVIII, 1924, f. 1, p. 63.

L'influence de l'appareil vestibulaire sur le tractus intestinal, se fait sentir non seulement par des mouvements de vomissements, mais encore par des modifications de l'activité de l'intestin grêle. Pendant l'épreuve calorique, on observe une augmentation de l'amplitude des mouvements pendulaires et une augmentation du tonus de la musculature de l'intestin grêle. L'anesthésie des oreilles externe et moyenne montre que cette réaction comporte une composante brève, extralabyrinthique et un réflexe prolongé, à point de départ vestibulaire. Ce réflexe vestibulaire sur l'intestin persiste après exclusion du cerveau, des ganglions du cerveau antérieur et du thalamus. Il est indé-

pendant des modifications de la pression sanguine vestibulaire ; il persiste après la section des voies centrifuges allant aux centres médullaires splanchnique. Ce réflexe se produit donc par l'intermédiaire des nerfs vagues. En effet, il est amoindri par la section de l'un d'eux, supprimé par leur section bilatérale.

**BARRÉ, REYS et FONCIN. — Syndrome ponto-cérébelleux ancien. Méningite puriforme aseptique cloisonnée récente (ponto-cérébelleuse, occipitale, rachidienne).** *Revue oto-neuro-oculistique*, déc. 1923, n° 10, p. 755.

Une jeune femme de 29 ans, atteinte d'un syndrome ponto-cérébelleux (paralysie faciale, bourdonnements et hypo-acousie, névralgie du trijumeau) depuis dix ans, se présente à la clinique de Strasbourg pour des douleurs faciales rebelles à tout traitement, une surdité unilatérale totale et des vertiges dus à une paralysie labyrinthique. Et très rapidement en quelques semaines, apparaît un syndrome méningé qui enlève la malade malgré les ponctions lombaires répétées (liquide puriforme aseptique) et un drainage de la base du crâne du crâne après trépano-ponction.

Ce qui caractérise cette observation c'est : 1° l'intégrité de l'appareil cérébelleux et du système pyramidal ; 2° le type irritatif, indicateur plutôt d'une réaction méningée que d'une tumeur ponto-cérébelleuse ; 3° l'absence de nystagmus spontané malgré l'inexcitabilité totale d'un labyrinthe et la présence de mouvements réactionnels ; 4° l'absence d'aréflexie cornéenne, symptôme important pour le diagnostic de tumeur de l'angle, ainsi que l'absence de stase papillaire.

Le diagnostic de méningite cloisonnée a été porté grâce au rapprochement de ces faits : forte hypertension au début de la ponction lombaire et abaissement brusque de la pression à 0 après écoulement de quelques centimètres cubes seulement de liquide céphalo-rachidien.

Et l'autopsie a montré l'exactitude du diagnostic posé cliniquement.

E. HALPHEN.

**MARINESCO et DRAGANESCO. — Un cas de tumeur mixte de l'angle ponto-cérébelleux et du ganglion de Gasser.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, n° 8 oct. 1923.

Marinesco et Draganesco relatent une observation rare de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, tumeur mixte propagée de la région du cou dans le crâne et localisée dans la région de l'angle.

Pendant quatre ans le malade a été traité pour une tumeur cervicale, puis au bout de ce temps sont apparus des troubles nerveux dus à la propagation de la tumeur, paralysies du V, du VI, du IV, du VII et du VIII, troubles cérébelleux, puis bulbaires qui amenèrent la mort.

Ce qui caractérisait cette observation, c'est : 1° un tic douloureux de la face, hémispasme provoqué par la déglutition ou la parole et une kératite neuro-paralytique dus tous deux à la lésion du ganglion de Gasser ; 2° l'atrophie des muscles masticateurs qui empêchait la mastication ; 3° l'origine cervicale de lésion. Au point de vue anatomo-



pathologique, en effet, l'examen systématique des ganglions et de la masse cérébrale a montré l'origine branchiale de la tumeur, constituée par un tissu d'endothéliome avec des coupes de glandes simulant un adéno-papillome, un épais tissu conjonctif transformé par endroits en tissu cartilagineux et même osseux.

E. HALPHEN.

**SEGURA. — Contribution à la chirurgie de l'hypophyse.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, nov. 1923.

Segura expose d'abord le diagnostic clinique des tumeurs, de l'hypophyse, acromégalie, syndrome adiposo-génital de Frœlich, troubles orbitaires, altérations de la selle turcique, visibles à la radiographie, céphalée insupportable. Le traitement médical, opothératique ou radiothérapique ayant toujours échoué, c'est le traitement chirurgical seul qu'il faut tenter dès le diagnostic confirmé. Après avoir fait rapidement l'historique de son sujet, différentes interventions proposées ou pratiquées, Segura décrit la méthode endoseptale de Hirsch qu'il a fait sienne : le sinus sphénoïdal largement ouvert après résection sous-muqueuse de la cloison, l'ouverture de la selle turcique par effondrement médian du plafond du sinus sphénoïdal, le curettage de la tumeur après incision de la dure-mère, le drainage sphénoïdo-nasal et le tamponnement des deux fosses nasales pendant vingt-quatre heures.

Segura cite pour terminer quelques observations de tumeurs hypophysaires opérées avec succès tant à Buenos-Ayres qu'à Paris lors de son récent voyage.

E. HALPHEN.

**CANUYT et TERRACOL. — Néoplasme de la région hypophysaire. Effondrement des sinus sphénoïdaux. Développement nasopharyngien. Syndrome adiposo génital.** *Revue oto-neuro oculistique*, déc. 1923, n° 10, p. 769.

Curieuse observation d'une tumeur hypophysaire ayant effondré la selle turcique et ayant apparu dans le cavum où une biopsie a pu être pratiquée. Le début de la maladie remonterait à dix-sept ans, époque à laquelle la malade aurait fait une fracture de la base du crâne avec hémiparésie consécutive et hémianopsie.

Depuis un embonpoint formidable est apparu avec des céphalées frontales et occipitales, des vomissements sans efforts, des troubles persistants de la vue.

L'examen ophtalmologique révèle une destruction de la bandelette optique gauche, l'examen rhinoscopique postérieur, une masse remplissant tout le cavum la radioscopie une destruction complète de la selle turcique.

La biopsie ayant montré qu'il s'agissait d'un épithélioma, un traitement radium et radiothérapique est institué, et Canuyt et Terracol espèrent présenter à la Société oto-neuro-oculistique leur malade améliorée.

E. HALPHEN.

DELHERM et MOREL-KAHN. — **La radiographie des tumeurs intracraniennes.** *Presse médicale*, 30 janv. 1924, n° 9, p. 93.

Les tumeurs peuvent être directement visibles grâce à leur teneur en calcium ou bien « indirectement visibles » grâce aux modifications apportées au squelette par la compression qu'elles exercent ou l'usure qu'elles provoquent. Ainsi l'agrandissement du méat auditif dans les tumeurs fronto-cérébelleuses, l'élargissement de la selle turcique, pour tumeurs non seulement hypophysaires, mais du chiasma de l'angle et même de l'étage moyen, les pertes de substance du diploë formant taches sur la radiographie, l'élargissement des sutures osseuses dans le jeune âge, peuvent aider au diagnostic différent des tumeurs intracraniennes. Dans certains cas (psammômes, sarcomes) la radiographie décèle exactement le pourtour de la tumeur et quelques observations rapportées par les auteurs, avec contrôle opératoire, sont si probantes que la conclusion à tirer de cet intéressant article est qu'il faut faire radiographier le crâne, chaque fois que l'on soupçonne l'existence d'une tumeur cérébrale.

E. HALPHEN.

W. DUBREUILH. — **Rhinoplastie partielle par transplantation cutanée.** *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux* du 9 décembre 1923.

Il s'agissait d'une malade de 60 ans présentant sur le côté droit du lobule du nez une perte de substance de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Cette perte de substance était due à des applications de pâte arsenicale conseillée pour détruire une lésion probablement épithéliomateuse. L'auteur pratique une autoplastie par transplantation. Il commença par tailler sur le bord oblique de la cicatrice du lobule un lambeau qui fut rabattu et suturé sur le bord de l'aile après avivement ; sur la surface cruentée de cette « doublure » un lambeau de peau prélevé sur le bras fut appliqué et fixé par quatre crins. Ce greffon reprit parfaitement sauf en un point très réduit.

M. BUNEAU.

SHEEHAN. — **Correction des difformités nasales.** *Brith. Med Journal*, 1923, p. 981.

Sheehan fait une incision au centre de l'extrémité nasale. Cette incision comprend toute la longueur de cette extrémité. Puis elle est approfondie et va jusqu'au cartilage de la cloison. Si la cloison est déviée, on résèque la déviation. On récline ensuite la muqueuse de chaque côté jusqu'à la racine du nez. On introduit le greffon cartilagineux qui devra être assez long pour former la sous-cloison. A ce niveau, on enlèvera, sur ce greffon un morceau triangulaire. Puis on pliera le greffon à angle droit. On enlèvera le périchondre sauf au niveau de l'angle. On suturera ce périchondre, aux tissus profonds du vestibule (philtrum ?) Puis on suturera la peau. Pas de bandage. On enlève les sutures au 4<sup>e</sup> jour.

Pour les nez syphilitiques, il faut refaire la muqueuse d'abord avec

des greffes cutanées. Pour maintenir en place ces greffes, on introduit dans le nez un petit ballon que l'on gonfle. Au bout de quatre jours on le dégonfle et on l'enlève.

KAUFMANN.

GILLIES. — **Difformités syphilitiques du nez.** *Brit. Med. Journ.*, 24 sept., p. 977.

Gillies divise en trois gros groupes ces difformités : 1° Perte d'une partie de la cloison cartilagineuse et de la muqueuse ; 2° Type commun : perte de l'arête ostéo-cartilagineuse, et d'une grande partie de la muqueuse. 3° Même type que le précédent, avec destruction d'une partie ou de tout le revêtement cutané.

1<sup>er</sup> GROUPE. — Il suffit d'implanter un greffon cartilagineux qui remplacera la cloison.

2<sup>e</sup> GROUPE. — Il ne suffit pas de remplacer la cloison par du cartilage, il faut aussi refaire la muqueuse. Sur de tels nez, la peau du vestibule et celle des ailes du nez sont très rétractées. Il faut aussi la détacher des os sous-jacents. Un dentiste fera d'abord un appareil pour les dents supérieures. Une fois cet appareil appliqué, on fait une incision transversale, dans le sillon gingival d'une fosse canine à l'autre. On détache les tissus mous jusqu'à ce que l'on arrive dans la cavité nasale que l'on ouvre. L'incision sera portée latéralement pour libérer les ailes du nez, et entrant jusqu'à la racine du nez et l'angle interne de l'œil. Eviter de traverser la peau. Il faut maintenant porter les greffes cutanées dans cette cavité cruentée. On fait un moule de dentiste. On le fait pénétrer, par l'incision buccale, dans la nouvelle cavité nasale. On presse le moule extérieurement avec les doigts, pour reproduire la forme du nez. Quand le moule est encore chaud, on le fixe par un écrou à l'appareil dentaire. Puis on le retire quand il est dur. C'est alors que l'on prend une greffe cutanée aussi large que possible de façon qu'elle puisse se modeler sur les moules. On l'applique ensuite sur le moule, sa surface cruentée contre celle de la nouvelle cavité nasale. Au bout de dix jours, on enlève le moule. On en applique un autre qui sera enlevé au bout de dix jours également. Au bout de ce temps la greffe est presque résistante. Au bout de deux mois, on peut alors insérer un greffon cartilagineux entre la peau extérieure du nez et la greffe intérieure.

3<sup>e</sup> GROUPE. — C'est la même méthode que pour le groupe 2. Il faudra en plus une rhinoplastie (2 figures).

KAUFMANN.

O. STRANDBERG. — **Méthode pour l'ablation du cornet inférieur.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, 2 février 1924, p. 65.

Dans les cas de lupus du cornet inférieur l'auteur intervient comme pour une tumeur maligne, c'est-à-dire qu'il fait l'ablation totale du cornet. A cet effet il luxé d'abord le cornet vers la paroi médiane, puis il trace une ligne d'incision qui comprend la muqueuse et le périoste tout autour de la base d'insertion du cornet pour décortiquer ensuite avec une rugine l'os turbinale de son manchon muco-périoste.

Il ne reste qu'à sectionner l'os à la pince de Struycken, dont on dégage ainsi plus aisément le pôle antérieur.

Il est rarement nécessaire de tamponner. Au bout d'une quinzaine de jours la cicatrisation est généralement terminée. Le danger de rhinite atrophique consécutive n'est pas grand; l'auteur a fait plus de 1.000 turbinectomies selon cette méthode et n'a observé aucun cas d'ozène.

QUIRIN.

**STOLZ et R. FONTAINE. — Chondromatose du squelette avec grand chondrome de l'ethmoïde.** *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, n° 3, mars 1923, pages 291-292.

Chez un homme de 20 ans, apparaissent en trois mois des tumeurs dispersées sur l'ensemble du squelette : la plus volumineuse, siège à la face au niveau de la racine du nez, elle fait corps avec l'os, et n'adhère pas à la peau. De consistance très dure elle s'étend transversalement sur 7 cm. 5 repoussant en dehors les deux globes oculaires. L'examen rhinologique montre que la tumeur envahit les fosses nasales et semble se développer aux dépens de l'ethmoïde.

L'examen du squelette montre des altérations multiples, le thorax est asymétrique et il existe une scoliose très marquée. Le bras gauche plus court que le droit de 5 centimètres présente un épaissement considérable du cubitus, du radius, ainsi que des phalanges. Quant aux membres inférieurs, le droit est plus court de 15 centimètres et a un genou recurvatum ; de nombreuses tumeurs de volume variable (d'un œuf à une noisette) siègent sur les voûtes plantaires et aux malléoles. La radiographie montre que ces masses sont transparentes aux rayons.

La biopsie confirme le diagnostic de chondromatose : sur une coupe on remarque, au milieu d'un tissu homogène qui a les réactions tinctoriales du tissu cartilagineux, des cellules sphériques, inégales, présentant une certaine lobulation, par suite du groupement des chondroblastes en familles plus ou moins volumineuses.

L'évolution de ce cas rappelle celle des malades de Nasse, une des tumeurs chondromateuses continue sa croissance et prend une allure particulièrement maligne : la tumeur ethmoïdale par son développement paraît destinée à devenir la tumeur qui amènera la terminaison fatale.

A. AUBIN.

**M. H. KAHN. — Les opérations nasales dans l'asthme bronchique.** *J. A. M. A.*, 16 fév. 1924, t. LXXXII, n° 7. p. 536.

Kahn met en garde contre la tendance actuelle à chercher systématiquement la cure de l'asthme par des opérations intranasales. Si on observe souvent des améliorations, elles sont momentanées et analogues à celles que pourrait déterminer n'importe quelle excitation périphérique ou psychique. Kahn a pu revoir 33 cas d'asthme plusieurs années après le traitement endonasal. Dans 15 cas l'obstruction nasale avait été guérie ; dans 2 cas il y avait de la rhinite atrophique comme séquelle. Dans les autres cas, le résultat nasal de l'opération a été nul. Mais dans tous les cas, l'influence sur l'asthme a été nulle, en



dehors des améliorations passagères signalées plus haut. Bref, en cas d'asthme, il faut laisser le nez et la gorge tranquilles, excepté, bien entendu, quand l'état local nécessite un traitement.

A. ANDERSON. — **Pansinusite et thyroïdite septique.** *Brit. Méd. Journ.*, 1923, p. 982.

Femme de 44 ans, céphalée occipitale et thyroïdite qui est douloureuse. Un chirurgien met à nu la thyroïde. Rien d'anormal. On explore la glande avec une aiguille de Pravaz. Pas de pus, un peu de sérum. Sutures de la plaie et drain. Trois jours plus tard, suppuration. La céphalée revint intermittente. Au bout de quelque temps, la malade est adressée à un rhinologiste qui résèque les deux têtes des cornets moyens et la tête du cornet inférieur gauche. Il cureta l'ethmoïde. Guérison.

KAUFMANN.

BEAURIEX, PHILIP et CAUSSINEAU. — **Le phlegmon orbitaire d'origine sinusienne.** *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 20 janvier 1924.

A propos d'un cas de phlegmon orbitaire consécutif à une sinusite fronto-ethmoïdale latente, les auteurs rappellent quels rapports étroits unissent les sinus de la face à la cavité orbitaire, si bien que l'on peut s'étonner que les sinusites, si fréquentes, donnent si rarement des complications orbitaires.

Leur observation, fort instructive, est longuement détaillée. Nous la résumerons brièvement : il s'agit d'une enfant de 9 ans qui, souffrant de céphalée depuis 6 mois, présente assez brusquement le 22 septembre 1923, des signes de phlegmon orbitaire gauche. La rhinoscopie ne permet de relever aucun signe net d'infection sinusienne, et on note, sans plus, l'existence d'un coryza atrophique. Les signes généraux deviennent sérieux, le phlegmon orbitaire se précise, pour lequel on intervient le 24 septembre. L'opération montre un os planum nécrosé et ne donne issue qu'à un peu de sérosité très fétide, qui renferme surtout des streptocoques et des staphylocoques, sans anaérobies. L'état général s'améliore un peu.

Brusquement, le 15 octobre, réapparaît un œdème rouge des paupières. Une radiographie, enfin pratiquée, montre un flou au niveau de l'ethmoïde. Le 7 octobre, on trépane le sinus frontal et on évide l'ethmoïde. L'état local s'améliore dès ce moment, mais l'état général reste grave, le malade prend peu à peu le facies des grands infectés. Puis apparaissent de la somnolence, du délire, des troubles aphasiques, un peu après on observe du Kernig, de la raideur de la nuque. Une crise de contractures et secousses cloniques du côté droit avec stridor, perte de connaissance, éclate le 16 octobre. C'est le dernier phénomène inquiétant auquel fait suite une amélioration progressive. Des troubles nerveux persistent encore quelque temps : parésie faciale gauche, déviation de la langue à droite, paralysie radiale droite ; pendant que localement la plaie opératoire est tout à fait cicatrisée. En décembre, la malade est complètement guérie.

Il y a lieu de noter en particulier au sujet de ce cas intéressant : l'évolution insidieuse d'une sinusite fronto-ethmoïdale que révéla seule la radiographie ; l'insuffisance d'une large orbitotomie qui ne pouvait assurer le drainage des cavités sinu-sales infectées ; l'apparition de signes de compression cérébrale et de réaction méningée qui trouveraient peut-être leur explication dans l'hypothèse d'un abcès extradural.

M. BUNEAU.

**BARRÉ et CANUYT. — Sur un cas de céphalée d'origine sphénoïdale. Trépanation des deux sinus sphénoïdaux. Guérison.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, n° 8, oct. 1923.

Il existe des cas de céphalée rebelle, que l'ouverture des sinus sphénoïdaux arrive seule à guérir. Et Barré et Canuyt décrivent « le long martyr » d'une jeune fille qui pour une céphalée frontale subit tous les traitements médicaux, par agents physiques, chirurgicaux, classiques, y compris l'anesthésie tronculaire des nerfs, l'anesthésie locale du ganglion sphéno-palatin, l'ablation des cornets moyens, le curettage de l'ethmoïde, et qui ne guérit définitivement et complètement que par l'ouverture bilatérale de deux sinus sphénoïdaux sains. L'origine sphénoïdale de la céphalée se reconnaît, pour les auteurs, par la constatation d'une douleur occipitale après percussion de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. Et surtout par l'élimination de toutes les autres causes capables de déterminer cette céphalée.

E. HALPHEN.

**REVERCHON et WORMS. — Paralysie du moteur oculaire commun d'origine sinusienne.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, déc. 1923, n° 10.

Reverchon et Worms relatent une observation de paralysie de la III<sup>e</sup> paire (strabisme divergent, ptosis, mydriase), consécutive à une ethmoïdite suppurée et à un tamponnement nasal post-opératoire. La radiographie a permis de conclure à l'existence d'une sinusite sphénoïdale et l'ouverture par voie nasale et transethmoïdale du sinus sphénoïdal plein de fongosités fit disparaître les symptômes paralytiques dans l'espace d'un mois.

Après avoir rappelé les différents cas de paralysies signalées dans la littérature française et étrangère, presque toujours identiques, c'est-à-dire survenant au décours de la sinusite, après la sédation des phénomènes bruyants d'infection nasale aiguë, les auteurs étudient la pathogénie de ces paralysies, cellulite orbitaire ou sinusite postérieure. La radiographie avec bonne incidence permet souvent de trancher le diagnostic étiologique que le traitement opératoire confirme d'ailleurs, en amenant rapidement la guérison des symptômes oculaires.

E. HALPHEN.

**L. BALDENWECK. — Névrite optique gauche datant de deux ans. Pansinusite suppurée bilatérale. Guérison de la névrite optique après opération sur les sinus gauches.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, n° 7, juillet 1923.

Baldenweck relate l'observation d'une femme qui au bout de vingt-six années d'une polysinusite chronique est prise de violentes cépha-

lées occipito-frontales et d'une baisse de la vision de l'œil gauche, baisse de la vision qui dure deux ans, est améliorée par des manœuvres endonasales, qui chaque fois amènent une décharge de pus et guérit définitivement par le curettage des sinus fronto-ethmoïdaux et sphénoïdal malades. L'intérêt de l'observation réside dans l'évolution lente de cette névrite optique qui évolue par poussées coïncidant avec une période de rétention intra-sinuale et rétrocedant lorsqu'une décharge purulente s'établit.

E. HALPHEN.

E. DAVIS. — **Névrite rétro-bulbaire d'origine nasale.** *The British Medical Journal*, oct. 1923.

Davis a observé 54 cas de névrite rétro-bulbaire qui lui ont été envoyés par des ophtalmologistes. Sur 54 cas, il n'y a eu que 4 cas avec sinusite suppurée. Traitement : Résection du cornet moyen, ouverture du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales postérieures. Dans 3 cas, amélioration rapide de la vision. Dans le 4<sup>e</sup> cas, il y avait déjà de l'atrophie optique.

Davis étudie ensuite les rapports du nerf optique avec le sinus sphénoïdal. On a toujours noté un scotome central, avec rétrécissement du champ visuel.

Il a noté 23 cas, où l'on ne peut trouver aucune cause. Les rayons X, le Wassermann, l'examen de l'urine et du système nerveux furent négatifs. Pas de tuberculose, pas de toxémie. Cependant la vision s'améliora et même devint normale. Peut-être, aurait-il fallu examiner le liquide cérébro-spinal.

KAUFMANN (Angers).

SARGNON. — **Contribution à l'étude des lésions optiques et orbitaires dans les sinusites profondes.** *Bulletin d'O.-R.-L.*, septembre 1923.

L'auteur rapporte 5 cas et conseille d'opérer à froid après un traitement médical de quelques jours et l'amélioration des accidents inflammatoires sinusiens.

L'intervention consiste dans le drainage du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal par résection du cornet moyen, surtout au niveau de sa partie postérieure et au besoin des petites cellules ethmoïdales en avant du sphénoïde.

H. PROBY.

A. POPPI. — **Thérapeutique des névrites optiques dans certains syndromes d'hypertension endocranienne et dans les sinusites postérieures latentes.** *Rivista Oto-Neuro-Oftalmologica*, vol. I, fasc. 2, décembre 1923.

Les névrites optiques sont à l'ordre du jour : aux interventions pratiquées jusqu'à présent pour le traitement de cette forme si grave, on doit ajouter, quand le cas s'y prête, l'adénoïdectomie. Poppi dans son travail nous rapporte des observations les plus probantes où un simple curettage du naso-pharynx a obtenu des résultats inespérés. Dans le 1<sup>er</sup> cas il s'agissait d'un jeune garçon de 14 ans atteint d'une grave forme d'hypertension endocranienne avec céphalées, vertiges,

exophtalmie, stase papillaire, qui fut opéré d'adénoïdectomie : une semaine plus tard tous les symptômes dus à l'hypertension endocranienne avaient disparu. Après deux mois les papilles optiques étaient quasi-normales et la vision revenue à 10/10 des deux côtés : la guérison se maintenait un an plus tard. Poppi attribue cet excellent résultat à la décongestion provoquée par l'hémorragie opératoire. Il rappelle un cas, par lui publié en 1908, où un glaucome très grave, nullement amélioré par une iridectomie bilatérale, se trouva très rapidement guéri fonctionnellement après l'adénoïdectomie.

Dans l'oxycéphalie, la stase papillaire existe presque constamment : dans 2 cas observés par l'auteur et qui furent opérés d'adénoïdectomie, on constata une très grande amélioration dans un seul œil toutefois, l'autre présentant déjà une atrophie très avancée du nerf optique.

Tous ces faits cliniques si différents et dont l'interprétation n'est pas encore bien certaine ni aisée, induisent cependant le chirurgien à pratiquer l'adénoïdectomie avant tout autre opération en présence de certains syndromes d'hypertension endocranienne (oxycéphalie, méningite séreuse) ainsi que dans les cas de céphalée essentielle ou de névrite optique due à sinusite postérieure latente et où l'on trouve coexister des signes d'adénoïdisme.

MALAN (Turin).

PORTMANN et MOREAU. — **Considérations sur le traitement chirurgical des tumeurs malignes du massif facial.** *Revue de laryng. d'otol. et de rhinol.*, n° 5, 1923, page 177.

Portmann et Moreau tiennent à montrer dans cet article que la chirurgie, en rhinologie, ne doit pas être abandonnée, et qu'elle présente parfois certains avantages sur la radiothérapie.

Le choix du traitement est guidé par la nature histologique et le siège des tumeurs. Classiquement, les tumeurs conjonctives étant plus radiosensibles que les épithéliomas, il est normal de les traiter par la radiothérapie : dans la majorité des cas, le résultat justifie cette opinion, mais Portmann a vu un certain sarcome fuso cellulaire résister à la radiothérapie, le bistouri peut donc avoir ses indications propres pour les tumeurs conjonctives. L'exérèse chirurgicale est toujours indiquée pour les épithéliomas.

Le siège donne des indications opératoires importantes et fixe le pronostic. Il existe trois variétés de tumeur :

**Tumeurs de l'étage supérieur.** — Elles ont un point de départ ethmoïdal et donnent rapidement de l'exophtalmie.

**Tumeurs de l'étage moyen.** — Leur point d'origine est le cornet moyen ou les parois du sinus maxillaire : l'extériorisation intranasale et jugale est la règle.

**Tumeur de l'étage inférieur.** — Elles prennent naissance dans la partie inférieure de la cavité nasale, de la cavité du sinus maxillaire, ou de la région alvéolaire. A ces formations néoplasiques correspond une intervention variable avec chaque os. Les tumeurs de l'étage inférieur sont enlevées soit par les voies naturelles soit par une résection atypique du maxillaire supérieur.

Celles de la région moyenne nécessitent une transmaxillo nasale



avec résection totale du maxillaire supérieur. Quant à la dernière variété, une ethmoïdectomie est suffisante, avec ou sans exécutation de l'orbite.

Portmann et Moreau publient 12 observations en précisant pour chacune d'elles le siège de la tumeur, le procédé opératoire employé et le résultat obtenu. Ils examinent ensuite les différents incidents et accidents observés et montrent quel enseignement on peut tirer de ces faits.

*Incidents et accidents opératoires.* — L'anesthésie générale est la seule qui puisse être indiquée. Grâce à la canule de Delbet, adaptée à l'appareil de Ricard on pare à toute irruption de sang dans les voies aériennes dont l'occlusion est réalisée par le bourrage de l'hypopharynx. L'anesthésie locorégionale ne peut être employée, la clinique étant impuissante à déterminer les limites exactes d'une tumeur maligne. L'anesthésie locale nécessite pour réussir une estimation exacte de toute exérèse.

La perte de sang est parfois très notable. Il est nécessaire de surveiller pendant l'intervention, la tension sanguine. L'aspiration continue permet de voir rapidement les points qui saignent et de faire une hémostase rapide.

*Incidents et accidents post-opératoires.* — Toutes les interventions sur le massif facial sont peu chocantes, à condition toutefois que le plancher de la bouche ait été respecté. Seule une hémorragie abondante peut aggraver l'état général du malade.

Les hémorragies secondaires ont été rarement observées. Les auteurs pensent que cette absence de complication est la conséquence de deux facteurs : 1° l'emploi d'une mèche de gaze antiseptique à l'iodoforme ou au vioforme ; 2° le détamponnement progressif en plusieurs jours, la mèche est enlevée à partir du troisième jour par segments : on s'arrête dès que la gaze est rouge et on la sectionne.

L'infection locale est extrêmement rare, les plaies de la face jouissant d'une immunité relative, aussi le pansement est-il enlevé très rapidement, le quatrième jour toujours, parfois le deuxième. Dans ce cas, la plaie est recouverte d'une pâte aseptique. Cette technique a l'avantage d'éviter les complications conjonctivales.

Les complications à distance sont de beaucoup les plus graves, surtout pour les tumeurs de l'étage supérieur : la méningite est toujours à redouter, la propagation infectieuse se faisant soit par une métastase tumorale, soit par propagation lymphatique. Ces méningites se manifestent, non par les signes habituels, mais une élévation subite et importante de la température et de l'ataxo adynamie. La ponction lombaire donne le diagnostic de certitude.

Les récidives sur place ou à distance sont malheureusement fréquentes. Elles se sont produites malgré un traitement radiothérapique intensif et immédiat.

Ces interventions malgré leur grande étendue donnent une déformation minime, il est exceptionnel d'observer un aplatissement de la face, celle-ci conserve sa physionomie normale.

En résumé, les grandes interventions sur le massif facial sont moins graves qu'on serait tenté de le croire. Seules les tumeurs de l'étage supérieur ont un pronostic réservé étant donné la propaga-

tion possible aux méninges. Les récides locales et ganglionnaires sont les causes d'échec les plus fréquemment observées. Les résultats esthétiques sont parfaits. Le traitement chirurgical ne doit pas être abandonné, il sera d'autant meilleur que le diagnostic aura été précoce et que l'on complètera par la radiothérapie. A. AUBIN.

UBALDO CARREA. — **Technique pour l'anesthésie tronculaire du nerf maxillaire supérieur, par le conduit palatin postérieur.** *Semana medica*. Ano XXX n. 1527.

Pour l'auteur cette voie d'accès au nerf maxillaire supérieur doit être employée de préférence à toute autre, à cause de sa simplicité et de la certitude que l'on a de bien inonder le nerf avec le liquide anesthésique.

Les insuccès sont dus à l'emploi d'aiguilles trop fortes et à une connaissance insuffisante des points de repère qui sont décrits en détail dans ce travail.

Il faut d'abord reconnaître sur la voûte palatine les deux fossettes palatines qui se trouvent sur la ligne des tubérosités des maxillaires. En arrière de cette ligne sont les choanes et les ailes des apophyses ptérygoides. En avant de celles-ci, des deux côtés, dans l'angle formé par la paroi inférieure de la portion horizontale de l'os palatin et la portion linguale de la tubérosité du maxillaire se trouve la dépression qui indique l'entrée du conduit palatin postérieur.

Le canal a la forme de deux entonnoirs opposés par leur sommet sa partie médiane est très rétrécie d'où la nécessité de se servir d'une aiguille assez fine (cinq dixièmes de millimètre au plus).

Il faut diriger celle-ci de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière, et dès que l'on sent que l'on a pénétré dans la fosse ptérygo-maxillaire, l'on doit injecter lentement un centimètre cube de liquide anesthésique. L'anesthésie est obtenue immédiatement si le nerf a été touché directement, sinon elle survient après cinq minutes.

Il n'y a jamais de névrite consécutive.

D<sup>r</sup> RICHARD

LAEMMER et TARNEAUD. — **Des néphropathies de cause rhino-pharyngée.** *Presse médicale*, 23 janv. 1924.

Les néphrites de l'enfance ont souvent une étiologie rhino-pharyngée connue ou méconnue. Les amygdales et les végétations infectées ne sont plus une barrière, ni filtre pour l'infection, mais une porte d'entrée par laquelle les toxines diffuseront dans tout l'organisme et principalement dans le rein. Chaque nouvelle atteinte d'angine ou d'adénoïdite amènera une poussée de néphrite, principalement de néphrite hématurique et l'ablation des amygdales et des végétations empêchera le retour de la néphropathie ou guérira la maladie si elle n'est pas constituée de trop longue date. D'ailleurs l'examen des urines devrait toujours être pratiqué au cours d'une adénoïdite aiguë, comme au cours d'une amygdalite.

Ces sages réflexions sont accompagnées d'une belle observation de néphrite hématurique grave chez un enfant de 8 ans, qu'une adénoïdectomie finit par guérir complètement.

**QUANQUIN. — Considérations sur quelques cas d'épithéliomas des premières voies respiratoires et digestives traités par le radium. Thèse de Lyon, 1923.**

En un travail clair et consciencieux, le Dr Quanquin nous apporte les résultats de son expérience de la curiethérapie. Les « indications de la radiumthérapie en rhino-laryngologie » ne peuvent être formulées en règles précises et fermes et souvent le tempérament de chacun influencera dans le choix à faire entre le radium et le bistouri.

Les tumeurs des cavités naturelles de la tête sont, en général, d'un abord facile et l'application du radium peut le plus souvent se faire avec précision et sur une zone aussi étendue qu'il est nécessaire. En ce qui concerne les cancers laryngés, la radiumthérapie a jusqu'ici donné de gros déboires, et les cas opérables restent justiciables de la chirurgie. Ceux qui sont très avancés relèvent de la curiethérapie ou de la roentgenthérapie dont les techniciens ont encore, en l'espèce, besoin d'être perfectionnés.

Avant toute irradiation, il faut s'attacher à déterminer aussi exactement que possible la topographie des lésions. Il est souvent délicat de reconnaître les limites d'infiltration néoplasique, et le toucher est ici plus fidèle que la vue. Malheureusement bien des régions lui échappent. Presque toujours les difficultés que l'on aura rencontrées pour délimiter la tumeur se représenteront quand il s'agira d'aborder pour appliquer le radium.

Pour étudier les voies d'accès des tumeurs J. Quanquin décompose le massif facial en trois étages : 1° Etage supérieur ou orbito-nasal. Les voies naturelles ne sont guère utilisables que pour les tumeurs limitées au cavum. Si la tumeur a envahi les fosses nasales on l'abordera suivant le cas par l'une des voies suivantes transmaxillo-faciale, transorbitaire, trans-sinuso-frontale ; 2° Etage moyen (du sinus maxillaire). La trépanation du sinus maxillaire est facile. Dans certains cas on aura recours à la rhinotomie sous-labiale de Rouge ou à la voie bucco-trans-maxillaire ; 3° Etage inférieur. Il se subdivise en deux : a) bouche et oro-pharynx ; les tumeurs en sont toujours abordables par voie naturelle. Il y a cependant quelquefois intérêt à faire pénétrer les aiguilles par transfixion de la peau du cou dans la base de la langue. En tous cas, il est important de se rappeler toujours avec précision le trajet de la carotide interne ; b) hypo-pharynx, c'est une région particulièrement difficile à atteindre par les voies naturelles. Chirurgicalement, on peut l'aborder par une pharyngotomie latérale ou par voie sous-hyoïdienne (Malgaigue) et transhyoïdienne (Vallas).

Pour le larynx, on utilisera la voie buccale dans les lésions du vestibule. Toute application endo-laryngée doit être précédée d'une trachéotomie. Les lésions endo-laryngées peuvent nécessiter la laryngofissure.

Le « diagnostic histologique » est particulièrement important puisqu'on en tirera des renseignements sur la radio-sensibilité des tumeurs : les épithéliomas baso-cellulaires sont radio-sensibles, les spino-cellulaires sont radio-résistants. Cette radio-sensibilité est en raison directe de l'activité mitotique. Les cellules néoplasiques étant plus vulnér-

rables au moment de la mitose, il est indiqué de laisser agir les radiations assez longtemps pour que toutes ces cellules soient atteintes lors de leur passage par cet état particulier. Donc indication des applications prolongées.

L'organisme a, dans certaines réactions lymphoconjonctives, des moyens de défense contre les tumeurs ; les radiations ne doivent pas détruire ces agents de résistance. Or, les éléments lymphatiques sont endommagés par les rayons à grande longueur d'onde, on n'emploiera donc que des rayons très filtrés à courte longueur d'onde.

La dose du radium, qui doit être appliquée à une tumeur et la durée de l'application sont à déterminer suivant le volume de la tumeur et de sa radio-sensibilité. D'après Regaud, la dose cancéricide moyenne serait de : un demi-millicurie détruit par centimètre cube de tumeur de radio-sensibilité moyenne. On tend aujourd'hui à préférer les applications longues avec intensités réduites.

Une bonne « méthode d'application » doit s'efforcer avant tout d'atteindre également les différentes parties de la tumeur. L'emploi d'un grand nombre d'aiguilles radifères tend à ce but. La multiplication des sources a encore l'avantage de réduire les risques d'inflammation des tissus sains surtout à craindre dans les applications en surface. Pour ces dernières le filtrage prend une importance particulière : le rayonnement secondaire est absorbé par du caoutchouc ou de la gaze qui entame les tubes de radium. On ne laisse guère ainsi passer que les rayons ultra-pénétrants. Enfin, il faut s'efforcer de faire une seule application longue, sans interruption, l'irradiation discontinue ayant des effets nocifs sur les tissus sains et une efficacité moindre sur le néoplasme.

Toute irradiation doit être précédée d'une biopsie. On veillera soigneusement à l'antiseptie préalable des cavités naturelles en particulier à la mise en état de la bouche.

Les ganglions envahis seront extirpés chirurgicalement peut-être même serait-il bon d'intervenir systématiquement sur la région ganglionnaire tribulaire du néoplasme, des ganglions cliniquement indemnes pouvant être histologiquement atteints. A l'exérèse chirurgicale, certains préfèrent la radio ou radiumthérapie.

La mise et le maintien en place des appareils radifères sont souvent difficiles. C'est avec les aiguilles qu'on aura en général le maximum de commodités et d'efficacité.

Mais pour certaines régions, telles que la base de la langue, la poncture par les voies naturelles est difficile et pénible pour le malade. On aura avantage à implanter les aiguilles à travers la peau de la région sus-hyoïdienne. La transfixion du plancher de la bouche de dehors en dedans par une aiguille de Doyen permet la mise en place des aiguilles fixées à un fil de soie qui sert à les amarrer solidement.

Quand la poncture n'est pas possible, on a recours aux applications de surface : les tubes sont maintenus en place soit par tamponnement, soit par amarrage aux tissus sains. Ailleurs les tubes seront fixés à une tige métallique ou introduits dans une sonde en caoutchouc. Le procédé du fil sans fin est applicable aux tumeurs du rhinopharynx du nez, du larynx où l'on utilise un orifice de trachéotomie.



Les « réactions » consécutives aux irradiations sont importantes à connaître. On a observé, après des applications courtes mais massives, des accidents graves parfois mortels, par cytolysé et résorption des produits de déchets. Des phénomènes infectieux peuvent s'y ajouter.

En général, les doses modérées longtemps maintenues sont bien tolérées, tout au plus avec un léger mouvement fébrile. La douleur est minime. Pour l'alimentation il faut quelquefois avoir recours à une sonde à demeure.

Quant à l'influence des rayons sur les organes de voisinage (glandes à sécrétion interne : hypophyse thyroïde) elle est encore mal déterminée.

Localement, on peut observer des réactions inflammatoires de radiumdermite surtout après les applications en surface. L'os et le cartilage sont particulièrement sensibles aux radiations. Il peut se former des séquestres osseux qui ont peu de tendance à l'éliminer. L'emploi de doses modérées très filtrées réduit ces réactions au minimum.

En ce qui concerne les tissus très différenciés tels que les nerfs, on sait qu'ils sont peu sensibles aux rayons ; mais il n'en est pas de même du tissu conjonctif qui les accompagne ce qui explique les troubles fonctionnels de certains nerfs.

L'irradiation peut détruire les tuniques vasculaires déjà envahies par le néoplasme ; aussi est-il bon de pratiquer la ligature préventive de gros vaisseaux. Des doses trop fortes pourraient détruire des tuniques vasculaires saines et provoquer des hémorragies graves par leur répétition.

Enfin l'irradiation doit être assez modérée et lente pour respecter le stroma conjonctif dont le rôle est très important dans la résorption des éléments nécrosés et l'édification du tissu de cicatrice.

Les huit observations rapportées par l'auteur ont trait à des épithéliomas des différentes régions rhino-laryngologiques. Sauf dans 3 cas, les ganglions correspondants furent extirpés préalablement. Les applications de radium ont duré sept ou huit jours, onze jours dans un cas.

Les quatre premiers cas ont été guéris du moins apparemment, car les malades traités au début de 1923 n'ont été suivis que jusqu'en octobre. Un cinquième malade est mort d'hémorragie quatre mois après le traitement. Un cas de cancer du larynx, trop récent, reste douteux. Enfin 2 cas de cancer de l'hypopharynx ont donné de mauvais résultats.

Maurice BUNEAU.

J. SOERENSEN. — La technique opératoire des épithéliomes étendus de la langue et du plancher de la bouche. *Folia otolaryngologica*, t. XII, f. 213, 1923, p. 101.

L'opération des formes habituelles des cancers du dos ou du bord de la langue n'offre pour ainsi dire pas de difficultés. Il n'en est pas de même quand le néoplasme est très étendu ou quand il s'est développé dans les régions de la base de la langue. Pour les cancers du

dos de la langue dépassant le trou borgne, l'auteur a décrit un procédé pour les opérés par voie buccale sans opération auxiliaire ; ce procédé consiste à dégager la langue de ses connexions avec les organes voisins ce qui permet de l'attirer en dehors de la bouche et d'avoir tout le champ opératoire bien dégagé. Un autre avantage consiste à obtenir un moignon lingual qui ne retombe pas au fond de la bouche, qui ne gêne ni la déglutition ni l'expectoration et supprime par conséquent le danger de la pneumonie par déglutition. La guérison se fait sans réaction, la langue reste mobile, la prononciation n'est guère altérée.

Cette méthode supprime donc tous les inconvénients de la technique de Sédillot, de celle de Langenbeck-Bergmann et de la pharyngotomie latérale. Ces procédés doivent être réservés aux cas qui intéressent la base de la langue et l'épiglotte.

Au fur et à mesure que le néoplasme envahit les organes voisins, les difficultés opératoires s'accroissent en même temps que les complications postopératoires, en tout premier lieu l'infection de la plaie avec toutes ses conséquences.

La cicatrisation après suture immédiate s'obtient encore le plus facilement dans les cancers très postérieurs, épiglottolaryngés. Ces formes partant de la vallécule peuvent être extirpées par une pharyngotomie médiane ; la suture de la plaie est plus difficile si le néoplasme de la langue a envahi le maxillaire ou le plancher de la bouche ; mais il faut y arriver, pour éviter à tout prix une rétraction cicatricielle trop prononcée et des troubles de la mastication. Aucune technique ne saurait satisfaire, chaque cas comporte un problème. Il faut savoir utiliser le reste du plancher de la bouche, ou même de la joue, faire à la rigueur un lambeau externe. L'auteur cite deux cas personnels pour démontrer, comment on peut s'aider.

Dans les cancers très étendus avec envahissement du larynx supérieur on se heurte à l'opération à une grande difficulté, c'est la fermeture de l'entrée laryngée. L'auteur a repris la technique de Gluck pour la résection prophylactique de la trachée et l'a appliquée avec succès à ces cas. Deux choses sont importantes, il faut éviter la lésion des nerfs récurrents et la névrose des moignons trachéaux. L'auteur en indique la technique. Cette intervention doit être faite de préférence quelques jours avant l'opération principale. Dans deux cas l'auteur a eu de bons résultats grâce à ce procédé. QUIRIN.

**HARTMANN KEPPEL. — Cancer de la langue ayant envahi le plancher de la bouche et la lèvre inférieure sans adénopathie.**  
*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, n°1, janvier 1923, p. 60-61.

Le malade âgé de 51 ans est atteint d'un volumineux épithélioma spino-cellulaire végétant qui prend la moitié antérieure de la langue, de la lèvre inférieure et du menton.

Aucune adénopathie n'est perceptible sauf au niveau des régions sternoclaviculaires où se trouvent 3 ganglions. A. AUBIN.

F. SMILEY. — **Etude sur les infections aiguës de la gorge et du système respiratoire.** *J. A. M. A.* 16 fév. 1924 ; t. LXXXII, n° 7 p. 540.

De ses recherches l'auteur tire quelques conclusions, dont un certain nombre vont à l'encontre des opinions actuellement admises. Le tabac, les poussières, les vapeurs, la respiration buccale, la constipation, les baignades, etc. ne jouent pas le rôle principal dans la résistance aux infections aiguës de l'appareil respiratoire. L'usage de sous-vêtements en lainen'est pas une panacée préventive des « rhumes », au contraire, au moins dans la ville de l'auteur (Ithaque) les sous-vêtements légers paraissent préférables. L'exercice détermine une susceptibilité plutôt qu'un entraînement à ce point de vue (et probablement par suite des soins défectueux du corps lors de la fatigue suivant les sports violents).

C'est l'hérédité qui joue le rôle principal, en créant une « diathèse catarrhale » ou au contraire une résistance au rhume. Le traitement de l'obstruction nasale ou des amygdales malades n'amène pas la diminution des rhumes ; les maladies en question semblent donc être sans influence sur leur production.

La susceptibilité aux rhumes reste donc quelque peu mystérieuse. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une perte de l'immunité vis-à-vis de ou des organismes produisant le « rhume ». C'est donc vers la vaccination qu'il faut s'orienter, encore que les résultats en aient été incertains jusqu'ici.

PIAZZA. — **Un cas d'amygdale surnuméraire avec formation tératoïde du pharynx.** *Revue de laryngologie*, n° 4, 1924, p. 103.

Les anomalies des amygdales palatines sont relativement rares ; elles intéressent d'ordinaire les piliers ; il est exceptionnel d'observer, comme dans le cas rapporté, des amygdales surnuméraires.

Un enfant de 9 ans, a la sensation d'un corps étranger dans la bouche : à l'examen on constate sur la partie haute du bord libre du pilier postérieur droit, un corpuscule prismatique, long d'un centimètre et gros comme un pois ; il est doux et mou au toucher et a la même coloration que les amygdales palatines, toutes deux normales. Sur le côté droit de la paroi postérieure du pharynx buccal, il existe un corpuscule dur, saillant au-dessous du voile du palais : de grosseur double de celle du premier corpuscule, la base d'implantation est large. Ces formations provoquent des troubles de plus en plus marqués, l'ablation est décidée et faite sans difficulté à la pince d'Hartmann.

L'examen histologique de la tumeur du pilier palatin, montre qu'elle est formée d'un revêtement épithélial, pavimenteux et pluristratifié, que recouvre du tissu lymphatique ; celui-ci est constitué par des éléments lymphatiques disséminés entre les mailles d'un réticulum conjonctif fin, mais les follicules caractéristiques manquent. Quant à la tumeur pharyngée sous l'épithélium pavimenteux stratifié, on trouve du tissu conjonctif dense et au-dessous une couche profonde centrale composée de glandes, de muscles et de vaisseaux.

La première tumeur représente une formation amygdalienne, étant donnée la structure de ces tissus; au cours de transformations embryologique un nodule amygdalien s'est fixé sur le pilier postérieur gardant les caractères incomplets en raison de son siège anormal.

La seconde tumeur, par la multiplicité des tissus qu'elle contient, est une anomalie embryologique : un dysembryome. A. AUBIN.

RAUL BECCO. — **Calcul amygdalien.** *Semana medica* Ano XXX, n° 1534.

L'auteur présente la photographie d'un calcul amygdalien de la grosseur d'une noix qui occupait une crypte distendue. Ce calcul était supporté sans grand inconvénient depuis plusieurs mois. A l'examen on voyait une amygdale droite très hypertrophiée et vers le centre, à travers l'orifice d'une crypte on percevait une surface grise rugueuse. Au toucher, un autre point rugueux apparaissait au tiers inférieur de l'amygdale. L'auteur réunit ces deux points par une incision et une stapule put libérer un calcul de masse homogène, de 3 cm. 1/2 de haut sur de 2 large. Les suites furent insignifiantes.

Dr RICHARD.

VERNIEUWE. — **De la conduite à tenir vis-à-vis des porteurs de germes diphtériques.** *Revue de laryngologie*, n° 5, 1923, p. 200.

La recherche des porteurs de germe a une importance considérable dans la prophylaxie de la diphtérie. L'expérience prouve que ces porteurs de germe appartiennent à deux groupes : le premier le plus important correspond à des sujets ayant des lésions diphtériques légères, méconnues, dont la localisation est peu évidente (nez, œil, etc...). Ils ont des lésions en activité, ce sont des infectés et des agents de dissémination importants. Le deuxième groupe est formé de sujets ayant les apparences d'une santé générale parfaite, sans lésion diphtérique évolutive, soit nasale, soit pharyngée ; ce sont des porteurs accidentels de germes diphtériques. Le diagnostic bactériologique donne pour le premier groupe un résultat certain et très rapide : pour le second au contraire le résultat est bien souvent indécis. On ne peut étiqueter un bacille diphtérique, que lorsqu'il présente les trois caractères suivants : Gram positif, résistance minime à la décoloration, présence de corpuscules de Weisser. En cas de caractères incomplets, chaque fois qu'il y a doute, on doit faire des recherches complémentaires : isolement du microbe, recherche de la culture sur bouillon Martin, présence de toxine, etc...

Mais ces recherches sont trop longues, et ne peuvent donner de résultat, c'est dans ces cas que la réaction de Schick peut rendre des services, mais il faut éviter de lui attribuer une valeur trop absolue.

A. AUBIN.

R. VILLAR. — **Arête de poisson fixée dans le pharynx et phlegmon carotidien inférieur.** *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 25 novembre 1923.

Une femme, quelques minutes après avoir mangé du poisson, sent une arête se fixer dans son « arrière-gorge ». Malgré tous ses efforts, elle ne peut s'en débarrasser. Un médecin fait un examen sans rien



voir ni sentir. Trois jours après, la malade se sent débarrassée et se dit guérie. Cette guérison n'est qu'apparente et au bout de cinq jours, il survient un empâtement sus-claviculaire gauche avec douleurs du cou. Le gonflement augmente et bientôt on constate une tuméfaction douloureuse à peau rouge et tendue sans fluctuation. Il s'agit d'un adéno-phlegmon cervical avec porte d'entrée de l'infection au niveau du pharynx. L'incision ouvre une collection purulente située en arrière de l'articulation sterno-claviculaire.

L'auteur fait quelques remarques à propos de cette observation : la fixation de l'arête a eu lieu alors que la malade avait déjà cessé de manger du poisson ; les corps étrangers peuvent en effet, être retenus dans la bouche par un dentier, une dent, les piliers du voile, etc..., avant d'être déglutis. L'adéno-phlegmon s'est sans doute développé au dépens des ganglions les plus inférieurs de la chaîne carotidienne dont les rapports lymphatiques avec le pharynx ne sont pas décrits.

M. BUNEAU.

**FORSTER. — Remarques sur la formation du sac laryngien antérieur des simiens inférieurs.** *Bulletin de la Société anatomique de Paris*. Juin 1923, n° 6, p. 509 (réunion anatomique de Strasbourg).

Longue étude dans laquelle Forster montre que le sac laryngien antérieur des simiens inférieurs se forme au niveau d'un point diminué dans sa résistance. Cet affaissement est dû au changement dans leurs rapports des éléments anatomiques avoisinants le larynx, en raison de la migration de l'os hyoïde, dans le sens caudal. Cet os vient heurter le bord supérieur du cartilage thyroïde, d'où disparition, entre ces deux éléments, du ligament et de la membrane thyro-hyoïdienne, et possibilité de développement du cul-de-sac laryngien antérieur au niveau de ce point de moindre résistance. A. AUBIN.

**FORSTER. — Le muscle thyro-aryténoïdien chez le chat.** *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, n° 2, février 1923, p. 192-193.

Le muscle thyro-aryténoïdien chez le chat est composé de deux faisceaux : l'un supérieur oblique, l'autre inférieur transversal, nettement séparés l'un de l'autre. Cette disjonction en deux faisceaux permet un raccourcissement énergique de la corde vocale ; la brusquerie dans ce mouvement étant donnée par le faisceau supérieur. Le muscle vocal est distinct aussi du reste du thyroaryténoïdien, ce qui donne à l'action du muscle une plus grande indépendance et une grande facilité pour obtenir une rigidité suffisante de la corde vocale.

A. AUBIN.

**G. BILANCIONI. — La voix parlée et chantée normale et pathologique. Guide pour l'étude de la phonétique biologique.** *Collana manuali del « Policlinico »*, n° 13. Ed. L. Pazzi 1923. Rome.

Comme le dit fort bien le professeur De Sanctis dans la préface de ce livre, il est difficile d'imaginer un argument plus étudié sous tous ses aspects, plus feuillé dans ses replis les plus cachés que

celui-ci. Ce volume d'environ 450 pages, enrichi de très riches et nombreuses illustrations originales, est une nouvelle preuve de l'érudition de son auteur, qui avec une égale facilité et profondeur passe de l'histoire de la médecine à la physiologie, à l'anatomie, à la glottologie, à la physique acoustique, à l'art, à la littérature. Ce n'est point là un traité de phonétique biologique, mais comme le dit le sous-titre un guide pour l'étude des problèmes nombreux et complexes qui se rattachent à l'examen de la voix normale et pathologique, parlée et chantée ; et il était juste que ce sujet fut traité par un italien, car la langue italienne est une des plus belles du monde dans l'art oratoire, la musique, le chant et la poésie.

Dans la première partie, Bilancioni, après avoir brièvement traité de la physique acoustique, s'occupe du larynx comme instrument musical. Il passe en revue les différentes opinions ; de celle de Galien qui a été le premier à comparer le larynx à un instrument à hanche à celle de Valori qui le comparait à une flûte, à un tuyau d'orgue, à celle de Casseri et de F. d'Acquapendente, de Dodart, de Morgagni, de L. de Vinci et de Ferrein.

Dans le chapitre suivant sont étudiés l'extension de la voix, son développement et ses modifications dans les différents âges, ses caractères, la fonction régulatrice des centres sur l'organe vocal, et à ce propos l'auteur rappelle les expériences de Belluci sur le centre cortical laryngien situé chez le chien dans la 2<sup>e</sup> circonvolution frontale, au devant du centre de l'orbiculaire des paupières et au voisinage du centre de la langue.

Les zones d'articulation dans le tube phonatoire, le mécanisme de la prononciation, la nature physique des vocales sont exposées ensuite. La mécanique respiratoire est successivement étudiée d'une façon très minutieuse et l'auteur nous parle du cri et de ses différentes significations cliniques, des graphiques respiratoires, et de l'apnée volontaire, du calcul de l'air inspiratoire et surtout expose d'une façon très ample de fonction des ailes du nez. Bilancioni compare ensuite la voix dans le chant et dans le langage parlé ; il analyse le ventriloquisme, puis étudie les mouvements du larynx et leur inscription graphique, des déplacements du larynx dus à des causes intrinsèques, la laryngoscopie par transparence, la stroboscopie. Il expose la technique pour établir les tracés graphiques des mouvements du pharynx, de la langue, des lèvres et de la cinématographie des cordes vocales selon la méthode de Panconcelli-Calzia.

Les formes et caractères du courant respiratoire nasal et dans les sinus paranasaux selon les expériences de Calamida et de Gavello, la rhinométrie, la température de l'air expiré, l'acoustique de la phonation forment les arguments des chapitres VII<sup>e</sup> et VIII<sup>e</sup>.

Après avoir traité des différents types de voix selon les tempéraments, l'auteur s'occupe des troubles de la voix, puis des défauts de la voix (rhinolalie, voix eunuchoïde, bégaiements) et enfin parle des différentes formes de mutisme, de phonasténie et d'aphonies.

L'œuvre est vraiment très complexe et très riche d'aperçus originaux ; il est absolument impossible de l'analyser en détail, car chaque chapitre foisonne en développements et en faits intéressants.

MALAN.

L. NICOLAI. — **La tuberculose laryngée.** Ed. Dante Alighieri, Milan, 1923.

Ce second volume de la Collection des Mémoires d'Oto-Rhinolaryngologie, publiée sous la direction du professeur U. Calamida de Milan est du plus grand intérêt pratique. Sous une forme simple, concise, nous avons là une mise au point très fidèle de cette question. Après l'exposition des notions générales, l'auteur étudie minutieusement l'anatomo-pathologie de la tuberculose laryngée, appuyant sa description par une série de recherches originales qui lui ont permis de constater que le larynx de tuberculeux, qui paraît indemne à l'œil nu, présente fréquemment des lésions microscopiques de nature tuberculeuse. La tuberculose commencerait au larynx par se localiser dans la muqueuse sous l'épithélium et dans le tissu adjacent aux éléments glandulaires. Les cellules plasmatiques seraient les tout premiers indices du processus spécifique : dans les premières périodes en outre, on observe avec une certaine fréquence la dégénération hyaline des éléments du connectif sous-muqueux et péri-glandulaire et cette dégénération, qui atteint de préférence les cellules plasmatiques, peut transformer ces cellules en masses morulaires, semblables aux formes décrites par Mikulcz dans le sclérome.

Quant à la pathogénie, on ne peut admettre d'une façon absolue que la seule cause déterminante de l'affection soit l'expectoration, car il existe des tuberculeux laryngiens qui ne crachent pas et il y a d'autre part des phtisiques qui n'ont rien à leur larynx. On doit considérer la tuberculose laryngée primitive comme exceptionnelle et l'auteur en cite un cas observé dans la clinique du professeur Calamida.

Nicolai décrit ensuite les différentes formes cliniques de la tuberculose (catarrhale, infiltrative, ulcérate, végétante, tumorale, miliaire lupique), les associations morbides (tuberculose-syphilis, tuberculose épithélioma).

La tuberculose de la trachée occupe une place à part et l'auteur rapporte un cas d'ulcération de la portion inférieure de la trachée dont elle occupait aussi toute la paroi postérieure et qui fut cause de la mort : à l'autopsie on put observer l'absence de lésions du poumon et du larynx, tandis qu'il existait adénopathie péri-bronchiale et péri-aortique.

Très démonstratif est le chapitre consacré au diagnostic. La thérapie sous ses diverses formes (médicale, chirurgicale) est ensuite exposée avec beaucoup de détails.

MALAN.

DIDIER. — **Le laryngologiste au préventorium.** *Journal des Sc. Médic. de Lille*, 11 et 17 novembre 1923.

Au point de vue tuberculose, la pathologie rhinolaryngée est dominée par trois propositions : 1° Il existe des lésions tuberculeuses locales dans le domaine du laryngologiste ; 2° Les deux grands syndromes d'obstruction et d'infection rhinopharyngée favorisent l'éclosion et l'évolution d'une tuberculose pulmonaire (proposition sur laquelle est basé le rôle principal du laryngologiste au dispensaire de prophy-

laxie); 3° La rhinopathie est capable d'engendrer de fausses tuberculoses.

En partant de ces principes, le spécialiste voit au dispensaire des tuberculeux avérés, des suspects et aussi des sujets apparemment sains qu'il importe d'examiner à la suite d'un contact bacillaire ou d'une maladie pulmonaire mal déterminée.

Il tirera de son examen le maximum de résultats pratiques vis-à-vis des intéressés, malade, médecin, visiteuses : 1° *Malade*. — Lui révéler ou lui cacher suivant les cas, sa maladie ; agir toujours dans le sens où la prophylaxie en profitera. Eloigner du sanatorium les incurables. Surveiller jusqu'au diagnostic certain les cas douteux (laryngites catarrhales suspectes, etc...) Conseiller aux tuberculeux laryngés récents, à lésions localisées, la cure hygiénodietétique, les cautérisations galvaniques, l'héliothérapie. Traiter le nez des obstrués et infectés prédisposés par le fait même à la tuberculose pulmonaire.

2° *Médecin*. — C'est de sa collaboration avec le spécialiste que jaillira la solution de problèmes cliniques délicats : découverte d'un catarrhe nasal postérieur expliquant une fausse tuberculose ; adénoïdes infectées provoquant chez un enfant une symptomatologie de tuberculose au début ; polype d'une corde vocale chez une pulmonaire atteinte d'enrouement et prise pour une bacillose du larynx ; grosses lésions interaryténoïdiennes chez un homme considéré comme complètement guéri d'une tuberculose pulmonaire ancienne, etc...

L'action commune sera aussi fructueuse sur le terrain thérapeutique.

3° *Visiteuses*. — La liaison avec le malade se fera par l'intermédiaire des infirmières visiteuses en dehors des consultations. Elles dépistent les malades, se renseignent sur leur état d'esprit, leur milieu, les possibilités du traitement. En retour elles expliquent aux intéressés diagnostics, conseils reçus, veillent à l'exécution de ceux-ci. Leur visite est un aiguillon contre l'inertie de certains.

La consultation spéciale est en somme dans l'organisation du dispensaire un rouage indispensable dont il faut savoir tirer parti.

*Analysé par l'auteur.*

DUMAREST, COLBERT, PHILIP. — **La cure climatérique de la tuberculose pulmonaire et l'héliothérapie laryngée.** Préface du Pr. Collet. *Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales.*

Cette monographie comporte quatre parties : une préface du professeur Collet, qui, après nous avoir dit avec scepticisme tous les traitements historiques auxquels purent être soumis les malheureux tuberculeux laryngés, nous montre que, dans la majorité des cas même graves, lorsqu'il n'y a pas de sérieuses contre-indications pulmonaires, l'héliothérapie laryngée peut permettre d'espérer beaucoup.

Les deux autres parties qui comportent des pages excellentes sur les indications du climat d'altitude, dues à la plume si autorisée de notre maître Dumarest, ou bien encore l'étude du climat de plaine par Colbert, ne sont que des indications de traitement de la tuberculose pulmonaire et n'intéressent pas le spécialiste ; ce dernier n'a presque jamais à poser d'indication climatique, le poumon dominant la scène.



La dernière partie, laryngologique elle, est consacrée à l'étude de l'héliothérapie laryngée par Philip qui la pratique à Hauteville et en avait déjà fait, en 1914, le sujet de sa thèse.

Tout en reconnaissant la valeur des rayons ultra-violet, qui seraient arrêtés par les couches les plus superficielles de l'épiderme, Philip estime qu'il ne faut pas leur attribuer une importance exagérée dans la valeur thérapeutique du soleil et particulièrement en héliothérapie laryngée où le soleil n'est utilisé qu'après réflexion des miroirs qui absorbent une partie plus ou moins grande de ses rayons ultra-violet.

Le climat de montagne est celui qui permet le mieux l'héliothérapie, en raison de la plus grande fréquence des jours d'insolation, et de plus, elle est possible en montagne malgré les plus fortes chaleurs ; à la montagne, également, la différence quantitative en rayons ultra-violet est beaucoup moins grande entre le soleil d'été et celui d'hiver.

L'idée d'appliquer l'héliothérapie à la tuberculose du larynx a été suggérée par les beaux résultats obtenus dans les cas de tuberculoses chirurgicales. Stillmann en eut le premier l'idée en 1902; après lui Sörgo et Kunwald, Collet, Janssen, Alexandre et Philip ont mis au point en 1911 la technique que ce dernier auteur emploie actuellement. L'héliothérapie endo-laryngée directe étant impossible, il faut se servir de miroir.

Le système imaginé par Philip est un système de trois miroirs mobiles: l'un est le miroir laryngoscopique, indépendant du reste ; les deux autres sont fixés sur une réglette articulée elle-même sur un pied ; l'un est un grand miroir concave destiné à recevoir le soleil et à le diriger au fond de la bouche sur le laryngoscope tenu par le malade ; l'autre est un petit miroir plan placé au foyer du précédent de façon à se trouver le plus près possible du foyer lumineux, sans cependant l'intercepter. Il permet au malade de contrôler continuellement son insolation. Un coulisseau gradué glisse dans la réglette. Son extrémité doit affleurer le menton du malade. Plus ou moins tiré il permet de graduer l'intensité de l'insolation. Ce dispositif permet d'utiliser le maximum d'heures d'insolation, et cela à son importance, étant donné la longueur des séances et la longueur du traitement.

L'idéal serait d'utiliser des miroirs qui ne sacrifient aucune des radiations ultra-violettes. L'argent est un réflecteur médiocre, voire même rapidement mauvais. Le nickel réfléchit au maximum les rayons ultra-violet, mais on éprouve de grandes difficultés à se procurer des miroirs de nickel d'un poli parfait. En pratique des miroirs de verre très mince, finement argentés à l'intérieur, suffisent parfaitement.

Le malade est confortablement assis à l'ombre ; accoudé sur une table, de la main gauche il tire sa langue, de la main droite il maintient le laryngoscope.

Devant lui est placé l'appareil dont le réflecteur seul est exposé au soleil.

Au début, il faut à l'aide d'un schéma apprendre au malade à reconnaître facilement des points de repère faciles. La majorité des malades acquièrent rapidement une grande habileté. De même l'hyperexcitabilité pharyngée se calme rapidement.

La durée d'insolation doit être soigneusement réglée surtout au début. Philip commence par des séances de deux minutes chaque jour

matin et soir. Il augmente ensuite d'une minute par séance. Lorsqu'il atteint une demi-heure il fait une progression plus rapide sans jamais dépasser une heure par séance.

La durée du traitement est longue et demande parfois plus d'une année pour voir rétrocéder petit à petit des lésions importantes.

Les premiers symptômes amendés sont la dysphonie et la dysphagie. Les lésions tuberculeuses sont plus longues à se modifier, mais leur amélioration est presque constante. Toutes les formes de tuberculose laryngée sont justiciables de l'héliothérapie, exception faite des cas où les réactions œdémateuses sont prépondérantes, ou bien où il y a tendance à la sténose. Les contre-indications proviennent surtout du caractère évolutif des lésions pulmonaires. Il faut que les lésions soient tout à fait torpides.

L'instrumentation de Philip permet également d'atteindre en position de Killiam la région postérieure du larynx souvent difficile à voir.

Depuis quelques mois Philip a adjoint à l'héliothérapie endolaryngée, l'insolation externe du larynx.

Il conclut qu'il ne faut pas s'attendre à des guérisons constantes, celles-ci étant fonction de l'amélioration du poumon, mais qu'il est encore plus faux de penser que la tuberculose laryngée est une maladie inguérissable.

Pour terminer nous regretterons simplement, qu'il ne nous ait pas communiqué ses résultats et ses photographies laryngées dont il nous avait donné quelques exemples dans sa thèse.

P. GRANET.

**LEGRAND. — Traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée par les vaporisations d'eau de chaux.** *Journal de Médecine de Paris*, juin 1923.

La technique de ces vaporisations est facile : on utilise le petit vaporisateur sphérique du type courant. Le malade doit se tenir à 15 centimètres du tube de verre, se vaseliner les lèvres et le nez, fermer les yeux, respirer lentement et fortement. Il aura soin de se laver les dents et la bouche après chaque vaporisation. Les premières séances seront de quatre à cinq minutes, les suivantes de cinq à dix minutes, puis de dix à quinze minutes. On se servira au début de l'eau de chaux du codex.

D'après l'auteur, la chaux agirait comme microbicide et comme reconstituant. L'amélioration se manifeste au bout de quinze jours par une diminution de l'expectoration et de la toux, le retour à la normale de la température, l'augmentation du poids. Dans la tuberculose laryngée, la toux et l'aphonie disparaîtraient rapidement.

Maurice BUNEAU.

**M. HAJEK. — Les formes cliniques atypiques des épithéliomas du larynx.** *Folia Oto-laryngologica*, t. XII, f. 253, 1923, p. 146.

Le diagnostic précoce du cancer laryngé étant une des premières conditions pour le succès opératoire, il peut être intéressant d'insister sur le polymorphisme du début des épithéliomas laryngés.

L'auteur rapporte quatre observations personnelles, dont trois étaient des cancers d'aspect papillomateux développés sur un terrain de papillomes multiples récidivants, et le quatrième un polype cancérisé à pédicule étroit.

QUIRIN.

G. FINDER. — **Le traitement intralaryngé des épithéliomas laryngés**, *Folia Oto-laryngologica*, t. XII, f. 253, 1923, p. 131.

Tout en reconnaissant les indications précises de la laryngectomie, l'auteur, élève de Fränkel, préconise la technique endalaryngée pour l'ablation de certains cancers laryngés, méthode utilisée surtout par son maître et qui permet d'obtenir quelques résultats encourageants. Il se base sur quatre observations personnelles, sur une de Saint-Clair Thomson, pour démontrer que l'on peut dans certains cas exciser le néoplasme par voie endalaryngée avec une chance de guérison aussi remarquable que par l'opération par voie externe. Ses indications sont évidemment très restreintes ; seuls les cas de cancers localisés sur la corde sans extension vers la bande ventriculaire entrent en ligne de compte. Une récurrence n'est justiciable que d'une intervention par voie externe. Deux formes de cancers laryngés offrent des chances de succès pour la méthode préconisée : 1° les épithéliomas pédiculés ; 2° les épithéliomas du rebord épiglottique. Le siège des épithéliomas pédiculés est généralement le repli ary-épiglottique ainsi qu'en témoignent les 9 cas que l'auteur a pu réunir dans la littérature. Ces cas par leur aspect morphologique ne soulèvent pas d'habitude la suspicion d'un cancer ; l'examen biopsique doit par conséquent toujours être fait.

QUIRIN.

B. GROSMANN. — **A propos des épithéliomas multiples primitifs**, *Folia Oto-laryngologica*, t. XII, f. 213, 1923, p. 125.

Il s'agit d'un malade de 58 ans auquel on fit une laryngectomie totale pour un néoplasme étendu du sinus piriforme droit. Mais en dehors de sa tumeur laryngée, le malade se plaignait de céphalées tenaces et de troubles oculaires. L'ophtalmologiste trouva une paralysie droite de l'oculomoteur externe, du droit supérieur et une hypoesthésie de la première branche du trijumeau, ce qui semblait indiquer un processus pathologique du sinus caverneux droit. L'examen thoracique donne une opacité à droite.

L'autopsie révéla un néoplasme bronchique à droite, à point de départ dans la branche principale du lobe inférieur droit avec des métastases dans tout le poumon, puis une autre tumeur dans le sinus caverneux droit avec effondrement de la selle turcique. Ces deux néoplasmes étaient du même type que la tumeur laryngée dont l'examen histologique, fait après la laryngectomie, diagnostiqua un épithélioma spino-cellulaire.

L'auteur conclut à deux épithéliomas primitifs, l'un du sinus piriforme avec métastase des ganglions cervicaux, l'autre d'origine bronchique avec métastases pulmonaires. Quant à la tumeur du sinus caverneux, elle semble plutôt être une métastase de l'épithélioma bronchique.

QUIRIN.

G. LANGE. — **Les limites opératoires des néoplasmes du cou.** *Folia Oto-laryngologica*, t. XI, f. 413, 1923, p. 181.

En ce qui concerne l'extension néoplasique sur une, deux cordes; sur les bandes ventriculaires, vers la trachée ou vers la base de la langue, l'auteur ne diffère pas de nos opinions quant à la méthode à choisir; par contre l'auteur ne voit dans l'extension du processus néoplasique aux ganglions régionaux aucune contre-indication à l'acte opératoire étendu. Dans ces cas la ligature d'une ou des deux veines jugulaires est préférable à la dissection des ganglions le long de leur trajet; l'extirpation des ganglions doit être aussi radicale que possible et remonter jusqu'à la base du crâne. Si le pneumogastrique est englobé dans la tumeur, on peut le sacrifier à condition de le sectionner net.

En dehors des limites opératoires, l'auteur discute certains points de vue de chirurgie générale qui sont à prendre en considération, puis certaines complications, telle que l'irradiation antérieure à l'intervention. Au point de vue des résultats phonatoires qui s'améliorent d'année en année, on ne peut plus considérer la laryngectomie comme une mutilation telle qu'on ne puisse pas la faire accepter au malade. Mais il est évident que la chirurgie devra céder le pas à la radiothérapie, le jour où celle-ci donnera des résultats supérieurs à ceux de la chirurgie. En général on peut dire que l'irradiation soit aux rayons X, soit au radium, ne donne pas encore les succès attendus.

QUIRIN.

J. S. FRASER, DONALD WATSON. — **A propos de 14 cas de cancers intrinsèques du larynx (projection des coupes histopathologiques).** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, 2, février 1924, p. 79.

Les auteurs n'ont obtenu de guérison que dans 50 % en raison d'une série très défavorable. Sur les 14 cas, 2 seuls ont subi une laryngectomie; les autres furent tous opérés par une thyrotomie plus ou moins économique. Un examen médical plus approfondi (artéro-sclérose, affections pulmonaires chroniques, syphilis) peut améliorer considérablement le pourcentage de statistique. En ce qui concerne les indications et modes opératoires, les auteurs sont d'accord avec les principes généralement admis (forme localisée au début, invasion profonde, immobilisation d'une corde). Ils insistent sur le signe précoce de l'enrouement et la nécessité d'un examen approfondi dans les enrouements qui durent plus que quelques jours. De belles planches macro et microphotographique sont jointes au travail. QUIRIN.

J.-E. MACKENTY. — **Le traitement chirurgical du cancer du larynx.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, 2 février 1924, p. 67.

C'est une statistique qui porte sur les efforts de l'auteur pendant les dernières treize années. Elle comporte 88 interventions (thyrotomies avec ou sans résection fenêtrée, hémilaryngectomies, laryngectomies totales). La mortalité chirurgicale peut être considérée comme nulle; seuls deux cas de cette série moururent de diabète.



L'auteur divise l'acte chirurgical en trois périodes : 1° La période préparatoire (examen approfondi du métabolisme, sucre, urée, etc., traitement approprié) 2° l'opération ; combinaison de l'anesthésie locale et générale. Si la tumeur a considérablement rétréci les voies respiratoires, il y a avantage à commencer l'opération sous anesthésie locale (mise à nu du larynx). On ne commence l'anesthésie générale qu'après l'incision en T, le dégagement du larynx et des premiers anneaux trachéaux et une hémostase parfaite (ligature immédiate). Après section de la trachée et dégagement de la paroi œsophagienne, on introduit un tube en caoutchouc environ 10 centimètres dans la trachée et l'on commence l'anesthésie générale. L'ablation du larynx est faite de bas en haut. La brèche dans l'hypo-pharynx doit être aussi économique que possible ; avant la section la cavité pharyngée a été désinfectée par l'assistant, et tamponnée à la gaze, ce tamponnement est enlevé au moment du dernier point de suture, une sonde alimentaire est placée dans l'œsophage et l'on suture le dernier point. On fait un ou deux plans de suture au catgut selon l'étoffement des lambeaux. Fixation de la trachée dans la peau. L'essentiel est d'obtenir une réunion par première intention en un point d'élection qui est celui d'intersection des deux lignes de l'incision en T.

3° Les soins postopératoires. Les drains doivent rester en place au moins cinq jours. On lave la plaie à travers les drains à l'eau salée plusieurs fois en vingt-quatre heures. L'alimentation est de première importance. Se réduisant à la diète liquide pour le début, elle doit remonter rapidement jusqu'à tolérance. C'est encore le meilleur moyen de combattre l'infection. Il importe aussi de faire une désinfection soignée de la bouche et des dents.

Si l'on applique les principes de chirurgie générale dans le traitement du cancer (opération aussi radicale que possible), le cancer intrinsèque du larynx, pris à son début, est une affection qui offre beaucoup de chances de guérison. D'autre part il ne faut plus croire qu'un laryngectomisé est un sujet de curiosité, un abandonné. Il peut généralement reprendre sa profession, sa vie presque normale.

QUIRIN.

**H. STERN. — Contribution à l'étude du mécanisme vocal chez les laryngectomisés.** *Folia Oto-laryngologica*, t. XII, f. 213, 1923, p. 196.

Trois appareils sont nécessaires pour la formation d'une voix et d'une parole normales : les poumons, le larynx et l'appareil musculaire d'articulation. Le laryngectomisé a pratiquement perdu les deux premiers ; il appartient donc au spécialiste qui s'occupe de rééducation phonatoire de trouver ou de créer un poumon et une glotte vicariants. Les recherches, faites à la clinique de Hajek, ont conduit l'auteur aux résultats suivants :

L'estomac sert sans aucun doute à la respiration vicariante, en temps que mécanisme de soufflet, bien entendu. Dans certains cas c'est l'œsophage qui fonctionne comme nouveau réservoir d'air. Ces données se basent sur une étude clinique et radiologique très minutieuse.

Les recherches sur la glotte vicariante sont naturellement plus difficiles ; aussi les résultats sont-ils moins complets. Néanmoins

l'auteur a pu constater la possibilité d'une pseudo-glotte en plusieurs endroits, notamment entre la base de la langue et la paroi postérieure du pharynx, entre le dos de la langue et le voile tendu, entre les deux piliers postérieurs (Parrel), entre l'épiglotte et deux plis musculaires de la paroi pharyngée latérale ; une glotte vicariante peut encore se former par le constricteur inférieur du pharynx ou bien par le pli externe de l'œsophage ou par la bouche œsophagienne elle-même. Enfin il peut ne se former aucune pseudo-glotte, l'éruclation combinée avec l'articulation pouvant suffire à produire une voix de substitution.

On ne peut en somme établir aucune règle pour le lieu de développement de la pseudo-glotte pour laquelle chaque pli de muqueuse, chaque bande cicatricielle, chaque muscle ou même chaque débris musculaire pourront former la base d'une glotte vicariante. C'est un point sur lequel l'auteur attire l'attention des chirurgiens qui ont trop le souci de régulariser la plaie. L'auteur va même plus loin et se demande s'il n'est pas possible de préparer déjà pendant l'opération le terrain pour une glotte artificielle.

Quant à la voix artificielle l'auteur en distingue quatre formes :

1° La fausse voix chuchotée ;

2° La voix pharyngée ;

3° La voix œsophagienne ;

4° La voix stomacale.

Il considère la fausse voix chuchotée, la première dont les laryngectomisés puissent se servir, comme très nuisible à la rééducation. La voix œsophagienne par contre semble être la meilleure réalisation d'une voix artificielle.

Les recherches scientifiques de l'auteur sur le mécanisme parlant ont donné les résultats suivants : La respiration au repos est pareille à celle d'un homme normal. La respiration de la parole revêt deux types, ou bien un synchronisme inspiratoire avec chaque nouvelle parole, ou bien un mouvement respiratoire presque normal avec quelques rares saccades, ce dernier type se rapprochant le plus de la respiration normale et donnant par conséquent une catégorie de malades qui parlent en général mieux que ceux du premier type. Il apparaît aussi que la puissance de la colonne d'air actionnant la pseudo-glotte ne peut guère être variée et par conséquent ne peut avoir presque aucune influence sur l'altération de la hauteur du ton, mais que la tension de la glotte artificielle peut être variée indirectement par des mouvements de la tête, ce qui permet une modulation de la voix. L'auteur est arrivé à obtenir chez un laryngectomisé une étendue de deux octaves de sa voix artificielle. En général les résultats des exercices phonatoires sont bons, et les opérés peuvent reprendre presque tous leur profession sans difficulté. QUIRIN.

**GAREL. — Vergetures des cordes vocales, séquelles de laryngite chronique.** *Revue de laryngologie*, n° 5, 1923, p. 206.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, une laryngite nodulaire ou inflammatoire peut laisser sur les cordes vocales une signature définitive, caractérisée fonctionnellement par un voile permanent de la

voix. Cet enrrouement acquis, qu'il ne faut pas confondre avec l'enrouement congénital et héréditaire, signalé par Lermoyez et Boulay, peut se reconnaître. Grâce aux signes que l'on constate sur les cordes le diagnostic peut être posé ferme, à un examen rapide les cordes ont un aspect normal et une mobilité parfaite. A un examen attentif, on aperçoit soit sur la face supérieure, soit près du bord libre, une sorte de plissement, de sillon longitudinal, de vergeture. Ce petit sillon est bilatéral, mais de longueur inégale, il s'étend sur la région ligamenteuse de la corde ne dépassant pas l'apophyse vocale.

Il peut être produit soit par une sclérose sous muqueuse, qui cause une dépression localisée, soit par une laxité de la muqueuse distendue après une inflammation prolongée.

La constatation de cette lésion permet de porter un pronostic précis sur une aphonie : elle est définitive et résiste à tous les traitements. Enfin la constatation de ces petits sillons autorisera toujours à éliminer la tuberculose qu'un enrrouement persistant pourrait faire soupçonner.

On ne saurait trop insister, pour éviter la production de ces vergetures, sur le soin avec lequel il est nécessaire de soigner les laryngites chroniques.

A. AUBIN.

**CHEVALIER JACKSON. — Suppuration du poumon causée par le séjour trop prolongé d'un corps étranger.** *Saunders Medical Clinic of North America.*

Deux cents cas de suppuration du poumon ayant pour cause un corps étranger ont été observés à la clinique bronchoscopique. Dans 36 cas le corps étranger datait de quelques semaines à 36 ans, et dans un certain nombre de cas sa présence était complètement ignorée. La conclusion qui découle de ces cas ignorés est que beaucoup de malades sont morts sans que la présence du corps étranger fût décelée ; par ailleurs beaucoup d'autres cas ont été catalogués comme morts de tuberculose pulmonaire.

L'examen radioscopique doit toujours être fait dans tous les cas d'affection aiguë ou chronique du poumon ; il devra toujours précéder toute bronchoscopie que le corps étranger soit ou ne soit pas opaque aux rayons X. Dans les cas de haricots, pois ou de corps étrangers similaires transparents, les signes radioscopiques d'emphysème obstructif découverts par Iglauer, développés et appliqués par Manges donnent un diagnostic très sûr ; 116 cas décelables de suppuration du poumon ayant pour cause le séjour d'un corps étranger ont été guéris après extraction par bronchoscopie directe. De ces 116 malades, 110 sont vivants. Dans les cas de corps étranger récemment aspiré, il y a eu 98, 3% de guérison. SOUCHET (Rouen).

**O. CH. BOSERUP. — Contribution à l'étude clinique de la sténose trachéale.** *Acta Oto-Laryng.*, vol. V, f. 4, p. 467.

L'auteur rend compte de 32 observations de sténose trachéale recueillies au service otolaryngologique du Rigshospitalet à Copen-

hague et joint à ce propos une discussion sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette affection.

Pour plus de détails, voir l'article en question. *L'auteur.*

R. MONCORGÉ. — **L'Asthme** (Etiologie. Pathogénie et Traitement), 4<sup>e</sup> édition. (Vigot frères, éditeurs, 1924).

L'auteur dans la quatrième édition de cet ouvrage qui est une longue revue générale des diverses conceptions pathogéniques de l'asthme, nous montre la complexité des facteurs qui interviennent dans la création de cette maladie. Il nous montre que toute intoxication, toute infection, toute auto-intoxication peut directement ou par le moyen d'un organe ou d'un système d'organes produire l'asthme. Ces causes développent d'abord l'hyperexcitabilité générale qui conditionne l'hyperexcitabilité locale, pneumo-bulbaire ou nasale. Il fait jouer un grand rôle à l'arthritisme comme facteur de l'asthme, et tout en concédant à la tuberculose un rôle important, pour lui elle n'en est pas un facteur essentiel. Continuant le démembrement étiologique de cette douloureuse affection, il nous montre qu'il n'y a pas « d'asthme essentiel » et qu'elle n'est qu'un syndrome, le plus souvent réflexe. Dans cet ouvrage qui intéresse les spécialistes par deux longs chapitres de pathogénie et du traitement sur l'asthme nasal, et sur l'asthme des foin, il nous rappelle que nous ne devons pas nous contenter d'être des « localistes » et ne pas nous borner à traiter des épines irritatives, intranasales, mais toujours songer à des causes générales et en même temps que nous faisons un diagnostic étiologique et pathogénique instituer un traitement de la cause première.

E. P. GRANET.

J. GUISEZ. — **Corps étrangers œsophagiens et bronchiques enlevés par broncho-œsophagoscopie.** *Bulletins d'O. R. L.*, sept. 1923.

*Corps étrangers œsophagiens.* Il s'agit de 8 cas présentant quelques particularités : pièce de monnaie chez un enfant de 20 mois ; chez les adultes deux os enclavés et une arête à forme lancéolée de tête de merlan. Ce dernier corps étranger donne des complications septiques graves.

Au point de vue symptomatique, il faut, chez les enfants, se baser sur les commémoratifs ; les corps étrangers étant souvent arrondis, il y a peu de dysphagie. On précise leur situation par la radioscopie. Chez les adultes, le seul signe est la dysphagie immédiate et persistante à la déglutition des liquides et des solides. S'il y a éraillure ou sensation nerveuse sans corps étranger, la dysphagie est moins nette, la douleur plus marquée en dehors des repas.

*Corps étrangers bronchiques :* anche de trompette dans la bronche droite (chez un enfant de 4 ans et demi. Il y a une différence capitale suivant la nature organique (infection rapide et grave) ou métallique (signes latents sans troubles sérieux avant une longue période).

H. PROBY.



VERNIEUWE. — **Diverticules multiples de l'hypopharynx et de l'œsophage.** *Bulletin d'O.-R.-L.*, janvier 1924,

Observation d'un homme de 50 ans projetant 15 à 20 fois par jour par la bouche à plusieurs centimètres devant lui un liquide clair ou trouble plus ou moins odorant.

La radiographie montre trois petites dilatactions du segment œsophagien supérieur.

L'œsophagoscopie montre à droite et en haut une première dilatation de l'hypopharynx et à 22 centimètres des arcades dentaires deux autres petites dilatactions avec des plaques d'aspect leucoplasique.

Au point de vue bibliographique Fairen Gallan n'en signale aucun cas. Guisez : une observation due à Starek par diverticules de tractions dues aux altérations pulmonaires et ganglionnaires.

Dans ce cas les contractions spasmodiques provoquèrent de haut en bas les dilatactions. Les plaques de leucoplasie sont-elles d'angine tabagique ou dues à l'œsophagite ?

Le traitement consiste à faire des dilatactions à la bougie simple puis avec des bougies en faisceau selon la technique de Guisez.

Henry PROBY.

E. VAMPRE. — **Cardiospasme.** *Brazel medico*, XXXVII, vol. II, n° 9, 1<sup>er</sup> septembre 1923, p. 137-144 et n° 10, 8 septembre, p. 158-166, 4 radiographies.

Vampre fait une étude critique de la question si controversée du cardiospasme, de sa nature et de ses rapports avec la dilatation de l'œsophage.

Il analyse la plupart des hypothèses soulevées et se rallie pour certains cas à la théorie de Guisez : œsophagite chronique par alimentation viscieuse, spasme et dilatation secondaire. La fréquence du cardiospasme dans certaines régions pauvres du centre du Brésil, son caractère endémique, paraissent bien en rapport avec la nourriture grossière et mal préparée qui constitue l'alimentation exclusive de ces populations. Peut-être même y aurait-il des lésions d'origine infectieuse ou parasitaire, qui expliqueraient l'apparition de véritables épidémies.

Dans le cas de Vampre il s'agit d'une femme de 62 ans, malade depuis dix ans et arrivée à un état de cachexie avancé par dénutrition. Elle avait réduit son alimentation par crainte de souffrir et de vomir. La radiographie montrait un rétrécissement fin de l'œsophage avec une large dilatation sus-jacente. A l'opération la portion intermédiaire à la dilatation œsophagienne et à l'orifice du cardio forme un canal étroit, à parois épaisses, fibreuses, d'une longueur de 4 à 5 centimètres et du volume d'un crayon. Ce canal était très adhérent au foie, à l'estomac, à l'épiploon. On pratique de longues incisions intéressant toute l'épaisseur de la tunique musculaire, mais respectant la muqueuse. Les résultats ont été remarquables. La malade mange au bout de dix jours, quatre mois après l'intervention elle était transformée, engraisée, mangeant sans douleur.

Aussi Vampre prône-t-il l'intervention chirurgicale dans le cardiospasme.

A. AUBIN.

**DELAGER. — Epithélioma glandulaire de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Mort par perforation stomacale.** *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, n° 2, février 1923, p. 160-161.

On constate à l'autopsie l'existence de deux foyers bien distincts : l'un supérieur, œsophagien, est constitué par une tumeur végétante de 12 à 14 centimètres de haut, l'autre inférieur, stomacal, contre la petite courbure. Dans cette dernière tumeur, le long de la petite courbure, existe un large cratère, à bords taillés à pic, formés par la muqueuse gastrique saine : il a l'apparence d'être taillé à l'emporte-pièce d'arrière en avant. Entre les deux masses néoplasiques, la paroi stomacale est infiltrée et adhérente au diaphragme ; c'est elle qui a servi de voie de propagation, l'extension néoplasique s'étant faite dans l'épaisseur de la sous-séreuse, c'est bien de dehors en dedans, d'arrière en avant que s'est ouverte la face postérieure de l'estomac.

L'histologie prouve que les deux lésions sont bien de même nature et montre que le néoplasme est un épithélioma glandulaire à cellules cubiques monstrueuses dont l'évolution n'avait pas été arrêtée par une application de radium.

A. AUBIN.

**G. FERRY. — Diverticule par traction-pulsion, obliquement descendant, de la paroi antéro-latérale droite de l'œsophage chez une fillette de 8 ans, morte de péritonite appendiculaire au cours d'une rougeole (pièce d'autopsie).** *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, n° 3, mars 1923, p. 297.

Chez une fillette morte de péritonite appendiculaire, au cours d'une rougeole normale, l'autopsie montre un diverticule de la paroi antéro-latérale droite de l'œsophage. L'orifice œsophagien arrondi, à bords plissés, a 1 centimètre de diamètre et est situé à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation bronchique. Le fond est adhérent à une masse ganglionnaire sus-bronchique droite, mais on l'en sépare facilement sans l'ouvrir. Il ne paraît pas y avoir là, de production de diverticule par fistulisation, surtout que la direction est descendante. Il paraît plutôt s'agir d'un diverticule par traction-pulsion, ou d'origine congénitale. Cliniquement, il n'a donné lieu à aucun symptôme.

A. AUBIN.

**GERY. — Sur les diverticules de l'œsophage : les diverticules de fistulisation.** *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, n° 1, janvier 1923, p. 105.

Après avoir rappelé les caractères des diverticules de pulsion (situation haute, siège postérieur, forme sacculaire, évolution descendante), Gery indique les caractéristiques du diverticule de traction. Il est toujours bas situé, au niveau du tiers moyen de l'œsophage, (région de la bifurcation bronchique) et sur la paroi antérieure de l'œsophage. Infundibuliforme, toujours petit, la direction en est quelconque ou parfois ascendante.

Deux théories expliquent la pathogénie du diverticule de traction.

La théorie la plus classique est celle de la traction proprement dite. Les couches périphériques de l'œsophage participent à une inflammation, par exemple une adénite médiastinale tuberculeuse avec périadénite. Quand le processus s'étend, la rétraction cicatricielle qui s'en suit attire la paroi œsophagienne provoquant ainsi un cul-de-sac. Cette pathogénie n'explique pas tous les cas. Pour Kaufmann, le diverticule témoigne simplement d'un processus fistuleux guéri, entre un ganglion lymphatique et l'œsophage : c'est une fistule borgne externe. Cette pathogénie est la plus vraisemblable. Deux observations viennent à l'appui de cette pathogénie de la fistulisation qui s'oppose ainsi nettement à la traction des classiques.

A. AUBIN.

**GERY. — Fistule tuberculeuse ganglio-œsophagienne.** *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, avril 1923, n° 4, p. 384, 385, 386, 2 figures.

Présentation d'une pièce d'autopsie d'un homme de 69 ans, mort d'apoplexie, pendant une convalescence de broncho-pneumonie.

L'œsophage présente une ulcération fissuraire, sorte de rhagade de 3 centimètres sur sa face antérieure et au niveau de la croisée des bronches. En écartant les lèvres, on aperçoit deux fistules qui viennent s'y ouvrir ; leur cathétérisme montre qu'elles se rejoignent et aboutissent dans une masse caséeuse péri-œsophagienne elle-même au contact de gros ganglions inter-trachéobronchiques scléreux, anthracosiques.

Les coupes histologiques montrent que la paroi musculaire de l'œsophage est éversée dans la partie intra-pariétale de la fistule, et que plus loin cette fistule est constituée par du tissu conjonctif inflammatoire recouvert par un épithélium mince, qui glisse sur tout le trajet en épousant toutes les irrégularités de surface ; il y a donc un début de cicatrisation qui indique la transformation de la fistule en diverticule (cette pièce confirme indiscutablement la pathogénie invoquée déjà par l'auteur : un ganglion médiastinal caséeux s'est ouvert dans l'œsophage, il en résulte un trajet fistuleux qui se cicatrise et se recouvre d'épithélium peu à peu à partir de la muqueuse, exactement comme le fait une fistule d'adénopathie cervicales. La traction ne joue qu'un rôle accessoire en éversant la tunique musculaire lorsque le tissu fibreux qui se constitue tout autour de la fistule devient calleux. Ce diverticule est donc non pas un diverticule de traction, mais un diverticule de fistulisation.

A. AUBIN.

**BARAJAS Y DE VILCHOS. — Kyste séreux congénital suppuré à la suite d'une pharyngite diphtéroïde de Vincent chez une fillette.** *Revue de laryngologie*, n° 3, 1924, p. 90.

Une fillette de 2 ans et demi présente depuis sa naissance une tumeur de la grosseur d'une mandarine, devant la glande sous-maxillaire, au niveau de la région sus-hyoïdienne latérale. Cette tumeur devient dure, douloureuse, à chaque inflammation du pharynx. A quatre reprises, ce retentissement est constaté. Au cours d'une angine à fuso-spirilles reconnue bactériologiquement la tumeur grossit telle-

ment et l'état général devient si mauvais qu'une intervention chirurgicale fut décidée. Une incision au point le plus saillant donne issue à un liquide séreux transparent, mais la saillie ne s'affaisse que très peu ; il est nécessaire d'effondrer un plan fibreux qui limite une deuxième poche remplie de pus et de débris ganglionnaires. Dix-huit jours après l'intervention, les phénomènes infectieux disparaissent, mais la tuméfaction se reproduit. Un traitement radiothérapique permet sa suppression.

L'anatomie pathologique de la paroi de la poche montre qu'elle était constituée de cellules endothéliales planes à bords sinueux caractéristiques d'un kyste séreux congénital et non pas d'un kyste branchial dont l'épithélium est un épithélium cylindrique stratifié.

A. AUBIN.

MONDOR et AUROUSSEAU. — **Tumeur mixte sous-maxillaire.** *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, avril 1923, n° 4, p. 364.

Un homme de 46 ans présente depuis dix ans une tumeur de la région sous-maxillaire : longtemps du volume d'un pois, elle s'est agrandie notablement depuis un an. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, d'aucun trouble de salivation. La tuméfaction est tout entière sous le bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur, sans adhérence avec la peau, du volume d'une noix, elle est lisse, bosselée, par endroits dure comme l'os.

Le diagnostic de tumeur mixte de la glande sous-maxillaire est posé : l'intervention est d'une extrême simplicité.

L'examen de la pièce opératoire montre que la tumeur est appliquée contre la face externe de la glande sous-maxillaire qui a été enlacée avec elle. La fusion paraît étroite, mais, à un examen attentif, on constate qu'il y a refoulement et non pas continuité d'envahissement. A la coupe, la tumeur est solide, de consistance irrégulière, de coloration blanchâtre avec des îlots cartilagineux. L'examen histologique est celui d'un dysembryome, la tumeur est formée essentiellement de tissu conjonctif vasculaire avec un nombre minimum de cavités kystiques, un grand nombre des éléments cellulaires compris dans la masse semblent être des épithéliomas atypiques.

Macroscopiquement et microscopiquement cette tumeur confirme que les tumeurs mixtes de la sous-maxillaire n'ont pas une origine glandulaire mais para-glandulaire ; elle montre que l'origine peut être une inclusion embryonnaire ectodermique très précoce : enfin la présence du cartilage ne peut s'expliquer que si l'on fait intervenir un (enclavome branchial (Chevassu) ou quelques germes mésenchymateux (Wilsons).

A. AUBIN.

NIN Y SILVA. — **Métastases osseuses au cours d'un cancer latent du corps thyroïde.** *Anales de la Facultad de Medicina*, Montevideo, t. VIII, n° 10, oct. 23, p. 948.

L'auteur a opéré une femme de 28 ans d'un cancer du lobe gauche du corps thyroïde. Cette tumeur évolua d'une façon tout à fait torpide



pendant huit ans pour acquérir seulement lors de l'intervention le volume d'une mandarine.

Un an avant, était apparue dans la région fronto-pariétale gauche, à 5 centimètres de la ligne médiane une petite tumeur qui paraissait être un lipome. On en essaya l'extirpation, mais dès l'incision une violente hémorragie arrêta l'opération. Une radiographie montra une perte totale de substance osseuse de la voûte crânienne sur 2 centimètres de diamètre. Par la suite survint une cécité totale que l'on doit attribuer au développement de la tumeur.

Une nouvelle métastase osseuse se produisit au niveau des XI<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> vertèbres dorsales; il s'agissait d'une lésion destructive des corps vertébraux du côté gauche avec fracture de la XII<sup>e</sup> côte à ce niveau. Cette néoplasie se traduit d'abord par de très violentes douleurs lombaires auxquelles succéda une paraplégie flasque avec paralysie des sphincters.

J. CUVILLIER.

R. LEROUX et L. CORNIL. — **Epithélioma sébacé.** *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, avril 1923, n° 4, p. 352.

Les auteurs présentent un cas d'épithélioma de la région temporale; ils le considèrent comme dû à une évolution sébacée. La limite profonde de la tumeur ne dépasse pas le plan des annexes cutanées; cet épithélioma malpighien forme des lobules analogues par leur architecture à ceux d'un épithélioma spino-cellulaire. Mais les éléments rappellent ceux de la cellule sébacée, tandis que dans le globe corné les cellules centrales subissent peu à peu l'évolution cornée. Entre la cellule adulte et la cellule indifférenciée existent les degrés intermédiaires.

La plupart des cellules néoformées ont conservé une faculté de différenciation sébacée suffisante pour prendre le type adulte, après que l'activité prolifératrice est épuisée. Les auteurs de ces intéressantes constatations concluent à une tumeur née d'une glande sébacée.

A. AUBIN.

---

Le Gérant : P. VIGOT



# M É M O I R E S

---

## LES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES ET LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par le Professeur **Léon BERNARD**

Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'hôpital Laënnec.

---

Au seuil même de cette étude, il est suggestif de souligner le contraste qui oppose la solidarité anatomique et physiologique unissant les voies respiratoires supérieures avec les poumons, à la scission nosocomiale radicale faisant de ces deux étages de l'appareil respiratoire, deux champs d'observations séparés, réservés à des spécialistes différents.

C'est peut-être cet état de choses qui explique les incertitudes, les obscurités, voire même les erreurs, qui ont entaché si longtemps ce chapitre de pathologie, car la pathologie se joue de ces cloisons artificielles élevées par l'esprit médical.

A coup sûr, s'il est bon que des spécialistes se partagent l'exploration de la pathologie afin de mieux approfondir les problèmes qu'elle pose, il est nécessaire que ces spécialistes se rencontrent parfois, confrontent les résultats de leurs recherches, ajustent leurs acquisitions respectives, et se concertent pour en tirer des conclusions exactes.

On ne saurait trop recommander au médecin qui examine un poumon de ne pas oublier que cet organe possède sa porte d'entrée dans les fosses nasales : en ne négligeant pas cette considération essentielle, on évitera bien des errements.

La liaison entre les deux étages de l'appareil respiratoire affecte des mécanismes multiples. Elle peut emprunter :

1° Une action mécanique ; c'est ainsi que les obstructions des voies respiratoires retentissent sur les poumons ;

2° Une action réflexe, sur laquelle il serait oiseux d'insister ;

3° Une action microbienne, et celle-ci peut être envisagée à un double point de vue. En effet, les orifices nasaux constituent l'ouverture de l'appareil pulmonaire sur le milieu extérieur, et les

voies respiratoires supérieures sont les voies de conduction pour les germes qui y pénètrent. Ces voies respiratoires possèdent des moyens de défense, mais ceux-ci peuvent être annihilés dans certaines conditions pathologiques. D'autre part, depuis l'orifice nasal jusqu'aux alvéoles pulmonaires, la continuité des parois qui renferment un réseau lymphatique ininterrompu, assurerait à elle seule les possibilités de propagation de l'infection depuis l'origine jusqu'à la terminaison de l'appareil respiratoire.

Si nous transportons ces données générales dans le domaine de la tuberculose, que voyons-nous ?

1° L'infection tuberculeuse peut employer et emploie ordinairement les voies aériennes pour envahir l'organisme. On a longtemps discuté sur la part de la voie aérienne à laquelle certains auteurs ont opposé la voie intestinale dans la pathogénie de l'infection tuberculeuse humaine. Ce n'est pas le lieu, ici, de reprendre cette controverse. Disons seulement qu'il est vraisemblable que les deux modes d'infection sont réalisés par la nature, mais que si la voie intestinale paraît moins fréquemment utilisée par le bacille de Koch que la voie aérienne cela importe peu pour la question qui nous préoccupe ici, puisque dans les deux éventualités, les premières voies sont les mêmes. C'est après le carrefour bucco-naso-pharyngé seulement que se séparent la voie aérienne et la voie intestinale. Ce qui est intéressant pour nous, c'est de rechercher le rôle possible de ce carrefour et des altérations des premières voies dans le déterminisme de la tuberculose pulmonaire.

Or, à cet égard, on ne connaît guère de faits démonstratifs.

On a invoqué la propriété bactéricide du mucus nasal (Wurtz et Lermoyez) en soutenant que des rhinites par la suppression de cette fonction, pourraient favoriser l'envahissement par le bacille de Koch. C'est là une hypothèse qui n'a d'ailleurs pas résisté à d'autres expériences. Moure, de Bordeaux (1) a décrit une rhinite propre aux tuberculeux avec atrophie des cornets, sécrétion fétide sans croûtes et absence de bacilles de Koch, rhinite qui exercerait une influence en favorisant l'ensemencement du poumon. Il faut avouer que pareille théorie ne cadre guère avec nos connaissances actuelles sur l'étiologie générale de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, ainsi qu'on le verra plus loin.

A coup sûr, même si l'insuffisance nasale ne joue aucun rôle, les orifices nasaux, on ne peut l'oublier, sont les voies d'entrée

1. Thèse de Ducos, Bordeaux, 1905.

du bacille de Koch, et à cet égard, les voies respiratoires supérieures apparaissent à l'égard de l'infection tuberculeuse comme la porte de l'infection de conduction.

2° Il est probable qu'une place est à faire également à l'infection de propagation dans la pathogénie de la tuberculose pulmonaire. Il s'agirait d'une infection lymphogène à point de départ pharyngé, et amenée jusqu'aux poumons par les vaisseaux lymphatiques. C'est Dieulafoy surtout qui a soutenu cette théorie et avancé que le pharynx peut être la porte d'entrée de la tuberculose; le bacille cheminerait de là par les ganglions et les voies lymphatiques jusqu'aux poumons. Cet auteur a constaté la présence de bacilles de Koch dans les cryptes amygdaliennes et jusqu'en plein tissu amygdalien.

Moure et Brindel auraient constaté du tissu tuberculeux dans les amygdales en inoculant des cobayes avec du tissu amygdalien. Dieulafoy aurait trouvé 20 % d'inoculations positives et, d'après lui, les végétations adénoïdes elles-mêmes seraient de nature tuberculeuse. D'autres auteurs ont confirmé cette théorie.

Behring a affirmé le passage du bacille de Koch à travers la muqueuse nasale et pharyngée.

Freudenthal a rapporté une statistique personnelle suivant laquelle sur 119 cas de tuberculose pulmonaire, 63 s'accompagnaient d'hypertrophie du tissu lymphoïde de la base de la langue et 5 présentaient même des ulcérations.

D'autres auteurs, au contraire, ont contesté ces affirmations. D'après Collet, on ne rencontrerait pas de follicules dans les soi-disant tissus tuberculeux : une fois sur 35 cas examinés par lui.

Tarchetti et Zanconi ont pratiqué des inoculations au cobaye qui sont restées négatives.

Bien des chercheurs (Wright, Hodenpyl, Austin, Calmette) ont constaté que la présence du bacille de Koch sur les amygdales était rare.

Nobécourt et Tixier ont soutenu que les végétations adénoïdes de nature tuberculeuse sont tout à fait exceptionnelles. La coexistence de végétations adénoïdes et d'une cuti-réaction positive est assez fréquente chez les enfants; mais cela ne prouve pas grand' chose.

Avec M. Vitry, sur 41 cas de végétations adénoïdes, nous avons vu 21 cuti-réactions positives contre 20 négatives. Cette donnée ne comporte nullement la démonstration de la nature tuberculeuse des végétations, même pour les cas de concomitance positive.

Il est vraisemblablement des cas qui relèvent bien de la voie



d'infection lymphogène pharyngée, mais ces cas doivent rester exceptionnels. J'ai cependant rencontré, récemment, un fait qui pouvait lui être rapporté : il s'agissait d'une tuberculose rapide s'étant terminée par de l'infection généralisée ; il existait dès le début des adénopathies cervicales très abondantes. A l'autopsie nous vîmes de gros ganglions médiastinaux et mésentériques entièrement caséeux, une grande caverne pulmonaire et de la granulie. Il me parut permis de reconstituer ainsi les étapes de la maladie : dans une première, le système ganglionnaire fut envahi à partir de la porte d'entrée pharyngée, puis secondairement les poumons furentensemencés avec production locale de caverne ; enfin, dans une dernière étape, dissémination sanguine du bacille et granulie.

De pareils faits se présentent en somme assez rarement.

3<sup>o</sup> Enfin existe-t-il des infections pulmonaires tuberculeuses consécutives à des localisations tuberculeuses des premières voies ? En ce qui concerne le nez, je ne ferai que mentionner en passant les constatations de Strauss qui, en 1894, aurait relevé, *sans lésions d'ailleurs*, la présence du bacille de Koch sur la muqueuse nasale d'hommes sains.

Ces faits n'ont pas été confirmés par Lenoir et Camus, en 1908 : expérimentant sur le personnel d'une salle d'hôpital où se trouvaient 14 tuberculeux, ils pratiquèrent 9 inoculations, qui toutes, demeurèrent négatives.

a) La tuberculose du nez, en dehors de la forme particulière du lupus que l'on rencontre relativement communément est très rare. La littérature ne contient qu'un très petit nombre d'observations, toutes assez anciennes, ce qui rend leur interprétation quelque peu suspecte : une de Riehl (1881) où une tuberculose primitive du nez aurait déterminé des lésions pulmonaires rapides ; une de Ruault (thèse de Boutard, 1889) où une gomme tuberculeuse ulcérée avec carie du vomer aurait provoqué une tuberculose laryngée, et, quinze mois plus tard, une tuberculose pulmonaire ayant entraîné la mort en trois mois.

b) La tuberculose du larynx est fréquemment observée comme complication de la tuberculose pulmonaire. Peut-elle être, au contraire, la première localisation et l'origine d'une tuberculose pulmonaire ? En un mot existe-t-il une tuberculose laryngée primitive ? Il est certain que les troubles laryngés précoces et même initiaux sont assez communs chez les tuberculeux ; ces troubles ne correspondent d'ailleurs pas nécessairement à des lésions tuber-

culeuses. Dufourmentel cite des aphonies qu'il a appelées pré-tuberculeuses.

En réalité, s'il est fréquent de trouver des sujets, qui, peu avant que leur tuberculose pulmonaire soit évidente, ont présenté des désordres fonctionnels du larynx, qu'un examen sérieux permet de rattacher à des altérations banales du larynx, par contre, il arrive aussi que l'on découvre sur le larynx de pareils sujets quelque lésion tuberculeuse discrète et initiale ; mais l'interprétation de la chronologie des accidents reste discutable, car la lésion laryngée, tout en paraissant primitive parce qu'elle a des retentissements cliniques avérés, alors que la lésion pulmonaire est encore silencieuse, peut néanmoins être en vérité secondaire à la lésion pulmonaire ; que la laryngite soit cliniquement primitive, cela n'implique nullement qu'elle soit primitive physiologiquement. Toutefois, ces faits, qui ne sont pas rares, méritent d'être connus. En voici un exemple typique, que j'ai suivi d'autant plus près qu'il concernait un ami très cher : c'était un de nos plus distingués collègues des hôpitaux qui présenta de longs mois une aphonie sans lésions objectives mais si tenace que, lui-même comme son entourage, appréhendaient le début du développement d'un cancer. Puis plusieurs mois après, on entendit à un sommet les signes d'une tuberculose pulmonaire, laquelle évolua avec une grande rapidité et se termina brusquement par de la granulie. Il est possible qu'il se produise parfois une précession de la tuberculose laryngée sur la tuberculose pulmonaire. Mais ces faits ne sont nullement démontrés, et les apparences cliniques n'y suffisent pas.

Les quelques aspects que je viens d'envisager de la question qui fait l'objet de cette étude n'en constituent pas la partie la plus intéressante.

Il en va tout différemment d'un problème qui est de pratique courante, celui du diagnostic de la tuberculose pulmonaire avec certaines anomalies ou affections des voies respiratoires supérieures. Ce problème des fausses tuberculoses par affections des premières voies est né d'hier à notre analyse : nous en trouvons les premiers éléments dans des travaux poursuivis à Bordeaux, sous la direction de Moure, de Martin, du Magny ; les thèses de Volpillac, de Chauvet, rapportent l'existence de lésions des poumons consécutives à des infections des cavités nasales ou sinu-sales et simulant parfois la tuberculose pulmonaire.

En 1907, une communication de Fernand Bezançon à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris montre que les signes pulmo-

naires décrits par Grancher comme répondant au début de la tuberculose, particulièrement la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit, sont liés souvent à des insuffisances nasales. Dans la discussion qui suivit, Faisans, Sergent et moi-même corroborions cette interprétation par des faits nombreux. L'année suivante, Lemoine et Sieur donnaient une étude complète de l'influence de l'obstruction nasale sur les phénomènes respiratoires. Cette étude faisait l'objet de la thèse de Sieur fils, en 1911. Dans le même temps, les travaux allemands de Blumel, de Kronig, Rosenberg, Schoneman, entreprenaient le même travail critique.

Enfin, la guerre devait offrir à ces recherches une ampleur imprévue : par la constitution des centres de triage de tuberculeux, elle permit de discerner le nombre considérable de sujets qui étaient regardés comme tuberculeux alors qu'en réalité ils ne présentaient que des désordres des voies respiratoires supérieures. Ce sont les travaux de Rist et Sergent qui, en 1916, appelèrent avec le plus de retentissement l'attention sur ce sujet. Les thèses de Kohn-Enriquez en 1919, de Festal en 1920, mettaient définitivement la question au point.

Pour la mieux comprendre, il faut se rappeler notre conception actuelle de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Autrefois, on pensait que cette maladie évolue suivant plusieurs périodes dont on traduisait l'importance lésionnelle par le terme de degrés de la tuberculose : une période de germination des tubercules (1<sup>er</sup> degré), puis de conglomération de ceux-ci (2<sup>e</sup> degré), de ramollissement (3<sup>e</sup> degré) et enfin de cavernes (4<sup>e</sup> degré). Les anomalies du murmure vésiculaire décrites par Grancher, furent attribuées, à la suite de ses travaux, à la production des granulations, et considérées comme les signes du premier degré de la maladie.

On sait, aujourd'hui que cette division en périodes ou degrés ne répond pas plus à la réalité que la succession des lésions qu'elle prétend représenter. En vérité, c'est dans l'enfance que débute la tuberculose par des lésions du poumon qui évoluent ou qui s'arrêtent. En ce dernier cas la primo-infection, comme l'on dit, laisse après elle un reliquat latent, occulte, sous forme de lésions de sclérose ; celles-ci sont muettes ou s'expriment par des anomalies stéthacoustiques perceptibles uniquement aux sommets ; ce sont les signes de Grancher ; attribués jadis à la germination des tubercules, ils ne représentent réellement que des séquelles indélébiles ; aussi les retrouve-t-on chez l'adulte ; mais les foyers correspondants contiennent encore des bacilles de Koch et la

cuti-réaction, chez ces individus, demeure positive, bien que, les foyers étant silencieux, les sujets qui les portent soient en parfaite santé.

Cependant parfois ces foyers de sclérose, non complètement éteints, provoquent quelques troubles généraux de l'organisme (fièvre, amaigrissement, etc...); c'est en de telles circonstances que l'on est amené à découvrir par l'auscultation ce que certains désignent sous le nom de « sommets suspects ».

Dans d'autres cas, chez l'adulte, une véritable réviviscence de ces foyers se produit, donnant naissance à une poussée évolutive qui paraît être le début de la tuberculose pulmonaire, alors qu'elle ne manifeste qu'un réveil de la maladie : le début n'est qu'apparent.

Parfois, encore, c'est une nouvelle contamination venue de l'extérieur qui, sur cet organisme tuberculisé antérieurement, détermine une surinfection et déclenche une poussée évolutive. Là encore, le début de la tuberculose pulmonaire évolutive chez l'adulte n'est qu'un début apparent.

On s'explique ainsi que les signes de Grancher qui naturellement précèdent ces poussées évolutives, aient pu être, par cet auteur, regardés comme les signes véritablement initiaux de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Il n'en est rien. Leur présence n'implique pas l'existence actuelle d'une affection tuberculeuse. Aussi bien, si ces signes peuvent coexister avec des désordres des voies respiratoires supérieures comme avec toutes sortes d'autres troubles de l'économie, cela n'autorise nullement à considérer ces désordres ou ces troubles comme de nature tuberculeuse.

Il y a plus ; les anomalies du murmure vésiculaire, dites signes de Grancher, peuvent être elles-mêmes provoquées par des affections des voies respiratoires supérieures. D'ailleurs d'autres phénomènes liés généralement à la tuberculose pulmonaire peuvent également se rencontrer au cours d'affections respiratoires supérieures : tels sont les hémoptysies, les signes de bronchite, d'autres encore. On voit par là toutes les confusions que peuvent engendrer ces similitudes, et qui rendent souvent malaisé le diagnostic entre la tuberculose pulmonaire et les affections des voies respiratoires supérieures.

Quelles sont donc ces affections qui peuvent ouvrir ce problème sémiotique ? On y range généralement les altérations suivantes :

1° Les déviations simples de la cloison ; 2° la luxation du bord inférieur de la cloison sur le plancher ; 3° l'épaississement du



bord inférieur de la cloison ; 4° les arêtes ou éperons ; 5° les hypertrophies des cornets ; 6° l'empyème chronique des sinus frontaux ou maxillaires, coexistant souvent avec l'hypertrophie secondaire des cornets et formation de polypes ; 7° la rhinite atrophique ; 8° les végétations adénoïdes ; 9° les polypes muqueux, coïncidant avec une suppuration chronique des fosses nasales.

D'une manière générale toutes les affections obstruantes ou infectantes des voies respiratoires supérieures peuvent donner lieu à des troubles respiratoires (signes stéthacoustiques et désordres cliniques) simulant la tuberculose.

Voyons donc maintenant les circonstances cliniques principales au milieu desquelles la question se pose. J'en distinguerai schématiquement quatre groupes, en convenant qu'ils peuvent dans la pratique se « panacher » de manière variable.

I. — Dans une première catégorie de cas, c'est uniquement l'auscultation qui tient le médecin en échec. C'est en présence d'une ou plusieurs anomalies du murmure vésiculaire, connues communément sous le nom de signes de Grancher, qu'il est amené à rechercher si la cause de ces anomalies ne réside pas dans les voies respiratoires supérieures.

Je ne fais que rappeler que le syndrome le plus typique, en même temps que le plus banal, est constitué par des altérations de l'inspiration, et surtout par sa faiblesse, avec ou sans rudesse, cette altération siégeant le plus souvent au sommet droit et ne s'accompagnant pas de troubles de percussion.

Envisageons les cas où ces signes existent alors que l'examen radiologique ne montre pas d'images anormales et où il n'y a pas davantage de signes fonctionnels ni de signes généraux. L'examen complet de l'organisme a montré l'absence de tous les signes qui peuvent, dans le passé et dans le présent, traduire une imprégnation tuberculeuse : or on sait aujourd'hui l'importance capitale qu'il faut attribuer aux signes fonctionnels et généraux pour le diagnostic de la tuberculose. Par contre, l'examen des cavités de la face et des premières voies respiratoires peut mener à découvrir une rhino-pharyngite, des végétations adénoïdes ou des polypes nasaux, comme encore une malformation congénitale des fosses nasales, auxquels il est légitime d'attribuer les signes stéthacoustiques relevés. Cependant l'existence de signes généraux, sous la forme de fièvre, de sueurs, de signes légers d'infection, ne suffit pas à exclure une origine supérieure ; de même on connaît des toux d'origine nasale, qui peuvent même être interminables.

Donc la concomitance des quelques signes fonctionnels et généraux avec les signes de Grancher ne doit pas écarter de plano la recherche et le diagnostic d'une affection des voies supérieures.

II. — Dans un second groupe de faits nous rangeons les états fébriculaires que l'on rencontre si souvent, surtout chez les jeunes femmes et les jeunes filles. Ces états sont caractérisés soit par de la simple instabilité thermique, la température s'élevant à 37°8 et 38° suivant les influences les plus variées et les plus minimales, soit par un état fébrile continu oscillant entre 37° et 38°, parfois davantage et se prolongeant pendant des mois voire même des années ; l'hyperthermie se présente là comme un phénomène monosymptomatique, ou bien s'accompagne de transpirations paroxystiques, de pertes des forces, d'un état général plus ou moins médiocre. On s'explique que de pareils malades arrivent fatalement au spécialiste de tuberculose, et, cependant, bien souvent après examen aucun signe local, aucun phénomène passé ou présent, n'autorisent à incriminer chez eux une lésion bacillaire.

En vérité, l'étiologie de ces états fébriculaires si spéciaux, et la plupart du temps si tenaces est multiple ; les causes les plus différentes peuvent les provoquer : cholécystite chronique, appendicite chronique, thyroïdite, ovarite, pyélo-néphrite, entérite, pour ne citer que les mieux connues, en dehors des lésions ganglionnaires ou pulmonaires ; mais parmi les causes extra-thoraciques, l'une des plus fréquentes est une affection des voies respiratoires supérieures.

Je citerai le cas suivant comme typique : il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans qui, avec un assez mauvais état général, présentait depuis des années une fébricule presque continue. Celle-ci fut successivement attribuée à une appendicite, puis à de la tuberculose des ganglions bronchiques. Je pus facilement écarter ce diagnostic et avec le concours d'un spécialiste déceler chez elle une rhino-pharyngite. L'amygdalectomie et le nettoyage du cavum, amenèrent rapidement une guérison définitive.

Il faut également, dans ces cas, songer à l'existence de sinusites. D'ailleurs, chaque fois que l'on se trouve en présence d'un état fébriculaire chronique, l'examen des voies respiratoires supérieures s'impose, comme celui de tous les organes dont les altérations sont susceptibles de provoquer ce syndrome, qui est, je le répète, si fréquent, particulièrement chez les jeunes femmes et les jeunes filles.

III. — Parfois, on peut être mené sur la trace d'une lésion des voies respiratoires supérieures par une localisation nettement pulmonaire qu'il faut se garder d'attribuer à la tuberculose. On peut en effet, rencontrer des sujets porteurs de signes de bronchite diffuse allant jusqu'à présenter des foyers de râles bulleux pouvant même siéger à un sommet pulmonaire (Volpillac). Ces phénomènes peuvent en imposer pour de la tuberculose et cependant ils ne font que manifester des trachéo-bronchites chroniques descendantes. Ces affections évoluent par poussées intermittentes, lesquelles s'accompagnent souvent d'un état général médiocre, avec de la fièvre, de la suppuration chronique. Ici, la recherche des bacilles de Koch, répétée un grand nombre de fois et entourée de toutes les garanties techniques, tend à écarter la tuberculose : de même la variabilité de nature et de siège chez le malade des signes stéthacoustiques, l'examen radiologique, viennent encore à l'appui de ce diagnostic négatif.

D'autre part un examen bien fait des cavités nasales et faciales permettra ordinairement de déterminer la lésion, le plus souvent une sinusite, qui est à l'origine de ces trachéo-bronchites descendantes. Les phénomènes de rétention passagère dans les sinus expliquent pour une part les symptômes plus sérieux qui surgissent de temps à autre.

Dans un certain nombre de faits exceptionnels, ce sont des corps étrangers des voies respiratoires que l'on a trouvés à l'origine de ces affections broncho-pulmonaires.

Nous citerons l'observation de Denechau où un morceau de baleine de corset détermina une broncho-pneumonie, puis une bronchite chronique avec signes apexiens et poussées broncho-pneumoniques qui dura deux ans et se termina par une vomique suivie de guérison ; une observation de Guisez où un fragment d'os provoqua des désordres analogues ; une observation de Sergent où le diagnostic de tuberculose fut porté chez un sujet dont tous les accidents avaient été primitivement provoqués par un morceau de dentier ; enfin, une observation de Comby où chez une fillette, l'ingestion d'un noyau de cerise provoqua un foyer pulmonaire caractérisé par des signes pseudo-cavitaires, des vomiques fétides qui finalement en provoquèrent le rejet.

IV. — Enfin, dernière catégorie, les hémoptysies, qui posent un problème de pratique si fréquent et si difficile.

On sait, en effet, le grand nombre de sujets qui ont, dans leur existence, présenté une ou plusieurs hémoptysies ne s'accompagnant sur le moment d'aucun autre symptôme. Pour certains

médecins, quand ces hémoptysies ne coexistent pas avec la présence de bacilles de Koch, non plus qu'avec aucun autre phénomène imputable à une lésion tuberculeuse, il convient d'écarter le diagnostic de tuberculose et de rechercher l'explication ailleurs, en particulier dans les voies respiratoires supérieures. Il va de soi que je ne parle ici que de véritables hémoptysies qu'il faut au préalable distinguer de simples stomatorragies.

L'existence de varices pharyngées ou trachéales expliquerait ces hémoptysies non tuberculeuses de cause généralement obscure. En vérité, je n'oserais pas nier l'existence de telles varices, encore que certain spécialiste des plus qualifiés m'ait affirmé n'en avoir jamais rencontré, et j'estime qu'il est nécessaire de pratiquer toujours dans ces cas la recherche de cette lésion vasculaire. Mais, cependant, je demeure convaincu que beaucoup de ces hémoptysies traduisent des lésions tuberculeuses pulmonaires discrètes : mais certaines ne révèlent leur véritable nature que plus tard, ainsi qu'en témoigne le sort ultérieur des malades qui s'avèrent tuberculeux, d'autres au contraire, restent sans suites, gardant définitivement le secret de leur nature.

Il en est de ces hémoptysies comme de certaines hématuries sans lendemain, dont l'origine bacillaire ne me paraît pas douteuse, pour une série d'arguments qu'il serait trop long de développer ici ; encore qu'elle ne saurait être prouvée.

Voici un exemple de ces faits conjecturaux : il s'agit d'un jeune homme qui eut plusieurs hémoptysies et présentait quelques anomalies du murmure vésiculaire à un sommet. Le considérant comme atteint d'une forme scléreuse non évolutive de tuberculose, je le surveillais de très près, quand un de mes collègues, consulté, attribua ces hémoptysies à des varices pharyngées. De fait, ce jeune homme s'est bien porté depuis, mais je me garderais bien de déterminer qui, de mon collègue ou de moi, commit l'erreur d'interprétation.

A coup sûr, j'estime qu'en admettant même que ces hémoptysies de cause inconnue puissent, dans certains cas exceptionnels, être attribuées à des lésions siégeant dans les voies supérieures, leur existence et leur répétition doivent inviter le médecin à la plus grande réserve.

\*  
\* \*

Je conclurai l'ensemble de ce débat de pratique par quelques règles générales qui devront guider le diagnostic.



Il importe que le médecin se souvienne que dans les différentes circonstances cliniques qui viennent d'être passées en revue, il doit toujours penser à l'intervention possible des voies respiratoires supérieures dans le mécanisme des accidents et toujours examiner les différentes parties qui constituent cet appareil. A cet égard, il peut être mis sur la voie par quelques phénomènes qui constituent de véritables signes d'alarme mais qui, il faut bien le dire, manquent souvent. Ce sont : la rhinolalie, sur laquelle Rist a insisté à juste titre ; le faciès adénoïdien ; la présence de muco-pus descendant sur la paroi pharyngée postérieure, des douleurs habituelles, lorsqu'il s'agit de sinusites ; enfin, les sujets en question se plaignent d'être souvent obligés de se moucher, de « râcler » de la gorge. Ces petits signes si banaux, en apparence, sont loin d'être négligeables.

Il convient aussi d'avoir recours, dans ces faits d'interprétation difficile, à la radiologie, en se souvenant des limites de sa capacité. Bien souvent, en effet, on trouve des images anormales sans que le diagnostic en soit éclairé : il peut, en effet, y avoir coexistence de sclérose pulmonaire apexienne, confirmée par l'image radiologique, et de lésion des voies respiratoires supérieures. Inversement l'image radiologique peut être normale, ce qui invite à penser qu'il n'y a pas de lésion pulmonaire, et qu'on est en présence d'une fausse tuberculose, simulée par un désordre siégeant dans les voies supérieures ; cependant, on sait qu'il existe des lésions pleurales qui, bien que justifiant tous les signes cliniques qui suspendent le diagnostic, ne s'accompagnent d'aucune anomalie de l'image radiologique. A coup sûr pour ces cas complexes et malaisés, ni la radioscopie, ni la radiographie, employées isolément ne suffisent ; il est nécessaire de les associer toutes deux pour les confronter avec l'examen stéthacoustique comme avec l'examen général du malade.

Avant de terminer, nous voulons dire un mot, sans nous y arrêter longtemps, de la question pathogénique, à savoir, comment des désordres des voies respiratoires supérieures, peuvent-ils entraîner des troubles pulmonaires ? Il faut distinguer trois ordres de faits pathogéniques comportant trois mécanismes différents.

1° Pour un premier, la cause relève de l'infection descendante incriminée par Rist : c'est elle, en effet, qui explique les trachéo-bronchites parties des lésions des voies supérieures ; par contre elle ne me paraît guère éclairer les signes apexiens isolés. Il ne semble pas qu'il faille attacher grande valeur à la

théorie de M. Lermoyez, d'après laquelle l'air froid et non filtré, conséquence de la lésion des premières voies, exercerait des effets fâcheux sur le poumon.

2° Bon nombre d'auteurs ont invoqué une influence mécanique pour expliquer les signes du sommet droit consécutifs aux lésions des voies supérieures. Kohn Henriquez soutient que l'obstruction nasale entretient une respiration buccale, suivie d'insuffisance respiratoire; laquelle provoque un développement défectueux du thorax avec déformation squelettique, qui expliquerait les anomalies du murmure vésiculaire du sommet.

Sergent attribue un rôle important à l'insuffisance du diaphragme, due de même au trouble fonctionnel d'origine orificielle.

Lermoyez invoque l'existence d'un réflexe nasal, régulateur de la respiration. Quelque soit son rôle à cet égard, ce réflexe existe certainement et explique la toux d'origine supérieure. On a reconnu, en effet, la présence de zones tussigènes dans le nez, le pharynx, le larynx.

Enfin, il faut faire place aux théories allemandes : celle de Kronig (Kollaps induration) d'après laquelle des lésions scléreuses du parenchyme pulmonaire seraient dues à l'inhalation des poussières non arrêtées parce que là l'expiration est moins marquée : celle de Schonemann (Retrakts induration) d'après laquelle les lésions des voies supérieures amènent une rétraction thoracique, amenant de l'atelectasie et de la sclérose du sommet.

Pour ma part, je pense que l'explication ne doit pas être si compliquée. Il est vraisemblable que dans les cas où il existe concomitamment des lésions du sommet pulmonaire et des lésions des voies supérieures, il n'existe pas de relations pathologiques entre elles et que les lésions du sommet reconnaissent leur origine bacillaire ancienne ici comme dans les circonstances communes.

Lorsque, au contraire, il n'existe pas de lésions pulmonaires, et que de simples troubles fonctionnels se manifestent par des anomalies stéthacoustiques coexistant avec des lésions des voies supérieures, il me semble qu'on les comprend ainsi : les lésions supérieures entraînent sans doute une insuffisance de la motilité thoracique, avec ou sans altération du squelette, par obstruction des orifices ; et c'est cette insuffisance de motilité qui se traduit par les signes stéthacoustiques. En tous cas, il n'y a naturellement aucune relation entre le côté nasal obstrué et le côté pulmonaire affecté. Quant à savoir pourquoi c'est le côté

droit du poumon, qui semble le plus souvent anormal, il convient de se rappeler qu'en vérité toute la pathologie des sommets pose la même question.

3<sup>o</sup> Reste à étudier les hémoptysies dues à des lésions des voies respiratoires supérieures. Sur le terrain clinique, envisagé pratiquement, nous avons plus haut ce que, à notre sens, il en faut penser. Au point de vue pathogénique, quatre ordres de faits ont été distingués (thèse de Fouquet, 1923).

a) Des varices trachéales peuvent se développer au cours des inflammations pharyngées ou trachéales, chroniques. La syphilis peut en être l'origine, ainsi que les formations polypeuses.

b) L'hémoptysie peut avoir son origine dans le larynx, causée soit par des congestions chroniques, soit par des angiomes, ou par d'autres tumeurs.

c) Il peut exister des varices derrière le voile du palais dans la partie supérieure du pharynx.

d) On a observé des varices de la base de la langue, à vrai dire, surtout chez les vieillards.

L'existence de ces faits justifie la nécessité de recourir à des examens locaux en présence d'hémoptysies de cause indéterminée, mais ne doit pas faire oublier la relation habituelle que la clinique traditionnelle et toujours vraie nous a fait connaître entre les hémoptysies et la tuberculose.

\*  
\* \*

On le voit, bien des obscurités, aussi bien sur le terrain de la clinique que sur celui de la pathogénie, enveloppent encore toute cette question, et cependant son intérêt pratique est considérable.

Deux points de vue, en effet, en témoignent : en premier lieu l'attribution à une lésion des voies respiratoires supérieures de tel syndrome, qui pourrait être indûment rapporté à la tuberculose pulmonaire, a pour le malade une portée sur laquelle il serait oiseux d'insister. Mais corriger un faux diagnostic de tuberculose possède également une véritable valeur sociale. On sait, en effet, toutes les conséquences de telles erreurs au point de vue du fonctionnement des dispensaires ou des sanatoriums comme au point de vue de l'octroi des pensions militaires ou civiles.

En second lieu, la sanction d'un pareil redressement du diagnostic est souvent la guérison du malade. Trois sujets, long-

temps considérés comme des tuberculeux, ont pu être facilement guéris par un traitement approprié de l'affection des voies respiratoires supérieures, enfin reconnue.

L'importance de ces considérations ne peut échapper aux médecins ; elle leur montrera, une fois de plus, la nécessité de la collaboration du spécialiste pour démêler les cas délicats ; ils exigent un outillage et une expérience particulière auxquels l'instruction générale la plus avertie ne peut suppléer.

---



# STATISTIQUE DE NOS CORPS ÉTRANGERS DES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES HAUTES

OBSERVÉS DE FÉVRIER 1923 AU DÉBUT DE MARS 1924

Par **SARGNON**

---

Nous avons observé pendant cette période : 1 cas de corps étranger trachéo-bronchique et 10 cas de corps étrangers œsophagiens. Voici le résumé succinct de ces cas :

*1<sup>o</sup> Cas bronchique.* — Il s'agit d'une fillette de 19 mois vue à 4 heures du soir, le 19 février 1924 ; elle a été amené d'urgence de la campagne car elle avait avalé le matin des débris de noix. La suffocation est extrêmement intense, permanente aux 2 temps. Le faciès est blanc pâle, la voix est claire. Etant donnés les antécédents nets, la gravité des accidents et la voix claire, nous faisons de suite le diagnostic de corps étranger trachéo-bronchique, plus particulièrement de la bifurcation, car la dyspnée est intense.

Séance tenante, avec le Dr Vincent, nous pratiquons la trachéotomie en faisant seulement un peu de novocaïne sous la peau. Nous trouvons un gros corps thyroïde ; d'ailleurs le cou est court, gras, la trachéotomie est difficile. Nous abouchois la trachée à la peau par deux points de suture et nous lions de nombreuses veines. Il n'y a aucune amélioration de la respiration et l'enfant, à diverses reprises a eu de l'apnée et de la somnolence, si bien que nous avons cru la perdre plusieurs fois pendant la trachéotomie. Des titillations de la trachée n'amènent aucun réflexe respiratoire permettant d'expulser le corps étranger. Nous sommes obligés de pratiquer, séance tenante, la bronchoscopie basse, d'abord en position couchée, ce qui est fort difficile car le cou est très court ; il y a de la suffocation, de l'apnée. Nous mettons de suite l'enfant en position assise et nous pouvons beaucoup mieux voir et aborder ainsi la bifurcation. Avec une toute petite pince, nous morcelons en endoscopie directe ce corps étranger, et nous ramenons des débris de noix : c'est l'enveloppe de la noix et la partie charnue. Une partie seulement est ainsi enlevée, mais la respiration se rétablit et nous renvoyons le reste de l'opération à une séance ultérieure, tellement l'enfant est fatiguée. L'opération a duré une grande heure.

Les suites immédiates sont graves : la température monte jusqu'à 40°. Deux jours après nous essayons en position assise une nouvelle bronchoscopie, mais nous ne pouvons avoir le reste du corps étranger qui est logé à l'entrée de la bronche droite. Nous sectionnons, à ce moment, les fils de stomie et ouvrons par mégarde une veine qui donne une grosse hémorragie, qui nous oblige à mettre la canule un instant, puis nous pratiquons la ligature veineuse. La température monte jusqu'à 40°,3, la bronchite est intense. Nous craignons une broncho-pneumonie. Nous laissons l'enfant tranquille quelques jours avec un traitement médical et, le 19 février, nous faisons une nouvelle bronchoscopie en position assise, et cette fois, nous avons, par titillation de la trachée, la satisfaction de voir expulser un gros morceau de noix. Nous vérifions l'état des deux bronches et ne trouvons plus rien. Nous retirons la canule et laissons guérir la plaie progressivement. L'enfant quitte la clinique cinq jours après. La plaie est partiellement refermée. Depuis, nous avons de bonnes nouvelles et le Dr Gault, de Dijon, qui l'a suivie, nous écrit qu'elle va tout à fait bien.

En somme, voici un cas extrêmement grave, très net comme étiologie. Comme symptomatologie, dyspnée extrêmement intense aux 2 temps, avec la voix claire. Le diagnostic de corps étranger trachéo-bronchique s'imposait. L'intervention était des plus urgentes, malgré la gravité du cas.

Nous avons, dans notre carrière, observé 4 cas de haricots logés à la bifurcation. Par intervention aussi rapide que possible et morcellement, nous avons pu en sauver 2. Les 2 autres sont morts de broncho. Ces petits ont été vus avec le Dr Vignard à la Charité.

2° *Cas œsophagiens*. — Nous avons observé 10 cas : 7 où le corps étranger se trouvait encore dans l'œsophage ; un cas douteux où il y avait très probablement un corps étranger enclavé dans un néo ; un cas de corps étranger dégluti non spontanément.

Voici en quelques lignes le résumé de ces observations :

1° M<sup>lle</sup> F..., envoyée par le Dr Armand, d'Albertville, a avalé un fragment de dentier dans l'œsophage ; il se trouve vers le quatrième espace intercostal. Gêne respiratoire. Œsophagoscopie sous cocaïne en position assise : 3 points ulcérés au niveau de la région aortique. Le dentier est descendu au début de l'œsophagoscopie, car la cocaïnisation était intense ; il a été retrouvé trois jours après dans les selles. C'était un dentier de 3 c. 1/2 avec 2 dents et 1 crochet : Suites bonnes.

2° M. X ..., 35 ans, envoyé par le Dr Barlatier de Romans, a avalé, il y a huit jours, un corps métallique, un morceau de semence sous forme de paille de 8 millimètres de long et mince comme un fil. Le 18 avril 1923, œsophagoscopie sous cocaïne en position assise.

Nous constatons nettement une zone ulcérée, enflammée à droite, au niveau de la bouche de l'œsophage, mais nous n'apercevons pas le corps étranger trop fin ; nous faisons l'écouvillonnage cocaïnique. Suites bonnes.

Dans les 4 cas suivants, il s'agit de débris d'os et de viande.

3° Dame âgée envoyée par le Dr Mayet de Bourg-Saint-Maurice, et le Dr Armand d'Albertville. Il s'agit d'un morceau de viande, de cartilage probablement, avec un os logé depuis trois jours au niveau de la bouche de l'œsophage. Nous faisons l'œsophagoscopie et constatons le corps étranger. Nous morcelons partiellement le morceau de viande, le reste est dégluti. Nous constatons qu'au moment de l'ablation du corps étranger, il est sorti du pus. Suites bonnes.

4° Il s'agit d'un débris d'os avalé depuis vingt-quatre heures chez un *vieillard de 86 ans très cyphotique* envoyé par le Dr Giraud, de Beaujeu. Il était impossible, en pareil cas, de faire une œsophagoscopie, à cause du dos rond. Nous désenclavons le corps étranger à la cocaïne ; à la deuxième tentative, la méthode réussit. Le corps étranger se trouvait au niveau de la région de la bouche de l'œsophage, à gauche. Guérison.

5° Chez un malade de 72 ans, bronchitique, envoyé par le Dr Chatin, il s'agissait d'un débris osseux logé au niveau du pharynx inférieur depuis quelque temps. Nous essayons le désenclavement cocaïnique ; le malade n'est pas soulagé. Nous faisons l'œsophagoscopie et constatons une lésion ulcéreuse à gauche ; le corps étranger s'est désenclavé au début de l'œsophagoscopie. Suites ultérieures bonnes, sauf un peu de température pendant les deux premiers jours.

6° Il s'agit d'une dame qui a avalé un petit os localisé à droite, au niveau de la bouche de l'œsophage. Nous pratiquons l'œsophagoscopie, après cocaïnisation minutieuse et nous ne retrouvons pas le corps étranger qui a déjà disparu.

7° Chez une sœur de 74 ans, envoyée par le Dr Jourdanet et qui a avalé un fragment de viande depuis une demi-heure seulement, nous pratiquons le désenclavement cocaïnique qui réussit du premier coup. Suites ultérieures bonnes.

8° Un adulte envoyé par le Dr Badet de Monsols a avalé un fragment de viande et d'os depuis vingt-quatre heures. Il a de la température et déjà 38°. Nous pratiquons le désenclavement. Guérison.

9° Il s'agit d'une malade envoyée pour une sténose très probablement néoplasique de l'œsophage. En effet, la radioscopie a montré une sténose médio-thoracique accentuée. A l'œsophagoscopie, nous avons constaté, très rapidement d'ailleurs, car l'œsophagoscopie n'a pas été facile dans ce cas, comme l'apparence d'un corps étranger dans un néo bourgeonnant. Une radiographie faite alors par le Dr Malot, montre une ombre à ce niveau et la malade se rappelle avoir avalé, quelque temps avant, un noyau de prune ; c'est surtout depuis ce moment-là qu'elle est gênée, mais en réalité elle avait déjà des troubles de la déglutition bien avant d'avoir avalé ce corps étranger.

Nous faisons pratiquer une gastrotomie par son chirurgien, le Dr Jacques, de Montceau, et nous devons revoir la malade un peu plus tard ; elle meurt sur ces entrefaites de crise cardio-pulmonaire brusque consécutive à un refroidissement.

10° Il s'agit d'une fillette de 3 ans 1/2 vue avec le Dr Palliard, elle a avalé une demi-heure avant une croix de chapelet de 3 centimètres de long sur 2 c. 1/2 de large. Un peu de gêne respiratoire ; elle fait des efforts pour vomir. Examen local négatif. L'examen radioscopique pratiqué par le Dr Palliard montre que la croix de chapelet est dans l'estomac. Voici donc un corps étranger qui est descendu de lui-même, et cependant il était assez volumineux.

En somme, de tous ces cas, nous pouvons conclure, comme nous l'avons déjà fait dans maintes communications, que la *méthode de désenclavement cocaïnique* que nous utilisons et préconisons depuis longtemps nous a rendu de grands services, soit employée seule sans œsophagoscopie dans les corps étrangers, récents et non dangereux, soit au cours de l'œsophagoscopie.

Nous n'avons pas à rappeler ici le manuel du désenclavement cocaïnique que nous pratiquons avec une tige métallique demi-souple entourée de coton imbibé de cocaïne et d'adrénaline. Nous portons cette tige jusqu'au contact du spasme œsophagien, au niveau du corps étranger, et nous maintenons le coton cocaïné et adrénaliné au contact de ce spasme *sans pousser* ; c'est là le point essentiel de la méthode. *Ce n'est pas du refoulement, mais un simple désenclavement.* En effet, le contact de l'adrénaline et de la cocaïne fait céder le spasme, alors le corps étranger, s'il n'est pas ancien et pointu, tombe habituellement dans l'estomac. Maintes fois, il nous est arrivé d'œsophagoscoper ultérieurement le malade et de contrôler ainsi la disparition du corps étranger dans les cas où le désenclavement nous paraissait douteux.

Jusque-là, nous n'avons pas eu une seule complication par cette méthode. Il est vrai que nous ne l'utilisons pas pour les corps étrangers anciens, se compliquant de lésions œsophagiennes graves. Ces corps étrangers désenclavés franchissent facilement les voies digestives inférieures. C'est l'affaire de deux, trois ou quatre jours, rarement plus.

Assez fréquemment nous avons pratiqué au cours de l'œsophagoscopie le désenclavement cocaïnique, parfois volontairement, le plus souvent sans le vouloir. Nous faisons d'habitude nos œsophagoscopies, sauf pour les cas de corps étranger très compliqués, en position assise. La pesanteur facilite donc la descente du corps étranger, une fois le spasme œsophagien tombé. Mais souvent, notamment pour des dentiers, nous avons eu de la descente involontaire au cours des manœuvres de désenclavement, en utilisant l'adrénaline et la cocaïne. Nous n'avons pas eu jusque-là à nous en repentir. Les corps étrangers, même les gros



dentiers descendant dans l'estomac, ont toujours passé par la voie naturelle, sans incidents, sans perforation intestinale. Nous contrôlons d'ailleurs leur passage plus ou moins rapide à l'écran radioscopique. Il est certes bien moins élégant de désenclaver et de faire descendre le corps étranger que de le retirer au bout de sa pince, mais *les manœuvres sont souvent bien plus simples*. En réalité, quand nous faisons l'œsophagoscopie, nous cherchons à saisir le corps étranger, mais très souvent il nous échappe à cause de la cocaïnisation et de l'adrénalisation intense. De plus dans les cas, comme l'observation IV, chez un vieillard très âgé et très cyphotique l'œsophagoscopie eut été impossible et l'opération externe vraiment trop dangereuse.

---

LA CURIETHÉRAPIE DE SURFACE  
PAR LES APPAREILS MOULÉS.  
SON APPLICATION AUX CANCERS BUCCAUX  
ET CERVICO-FACIAUX.

TRAVAIL DU SERVICE DE CURIETHÉRAPIE  
DE L'HOPITAL TENON. (D<sup>r</sup> Proust).

Par les D<sup>rs</sup> **LUCIEN MALLET** et **PSAUME**

---

La part chaque jour plus importante prise par les radiations dans le traitement des néoplasmes, semble particulièrement marquée dans le domaine des cancers de la face et de la bouche. Délaissant les brillantes et vastes résections du squelette de la face, nous voyons le chirurgien confier de plus en plus soit aux rayons X, soit surtout au radium, le traitement des tumeurs étendues ; limitant son rôle, il se contente soit d'ouvrir la voie d'accès à l'introduction des tubes de radium pour les cancers sinusiens, soit de faire les ligatures vasculaires en territoire aseptique comme dans le traitement du cancer de la langue. La mortalité opératoire se trouve de ce fait fortement diminuée et les survies obtenues peuvent entrer facilement en concurrence avec celles de la résection chirurgicale.

Sans préjuger de l'avenir, la valeur curatrice du radium semble l'emporter jusqu'ici sur celle des rayons X pénétrants, tout au moins, dans le traitement des épithéliomas buccaux-faciaux. Loin de nous cependant la pensée d'éliminer ces précieux agents que sont les rayons X, mais les cas qu'on peut leur confier doivent être choisis avec soin. Si les épithéliomas cutanés du type malpighien indifférencié guérissent généralement, les épithéliomas à différenciation épidermoïde résistent le plus souvent à leur action. Aussi évitons-nous les tentatives de traitement de ces formes d'épithéliomas qui frappent particulièrement les lèvres, la face interne des joues, le plancher buccal et la région anté-

rière de la langue en avant du V lingual <sup>(1)</sup>. Elles sont le plus souvent inutiles et peuvent compromettre un traitement ultérieur par le radium, en exagérant la radio-sensibilité de la peau, des muqueuses ou du stroma conjonctif et en favorisant la radio-résistance des cellules cancéreuses. Nous faisons la même réserve pour les adénopathies consécutives à ces tumeurs et si exceptionnellement modifiées par la radiothérapie.

Une des pierres angulaires du traitement du cancer par les radiations est la connaissance de la biologie des tissus néoplasiques et en particulier de la sensibilité des cellules cancéreuses. On sait qu'un des caractères de cette sensibilité est leur activité reproductrice dont Bergonié a depuis longtemps montré la valeur. S'il n'est pas toujours possible d'en apprécier directement l'importance, on peut cependant dans la plupart des cas la mesurer en dénombrant les cellules en voie de division kariokinétique (De Nabias et Forestier). On sait en effet que c'est à cette période que les cellules présentent leur maximum de fragilité tandis qu'à leur stade de repos, elles sont beaucoup moins sensibles. Cette recherche de l'activité mitotique semble être à l'heure actuelle le meilleur guide dans le choix de la technique à entreprendre et dans la posologie d'application <sup>(2)</sup>.

Chaque fois que cela sera possible le traitement curiethérapique devra donc être précédé de l'examen histologique qui en donnera en quelque sorte les directives. C'est en effet d'après l'activité des divisions cellulaires que nous réglerons la durée d'irradiation.

En présence d'une tumeur présentant de nombreuses mitoses, l'application sera plus courte que lorsque ces mitoses seront rares. Mais à ce facteur de durée, nous devons ajouter la continuité afin d'atteindre les diverses cellules lorsqu'elles passent par leur stade de fragilité maximum. Une application discontinue laissant passer ce moment favorable, ne parviendra pas à détruire les cellules au repos. On conçoit qu'en présence d'une tumeur évoluant lentement et par conséquent d'activité reproductrice faible, la continuité de l'irradiation pendant un temps souvent très prolongé vingt ou vingt-cinq jours et plus, soit une condition indispensable de succès. A ces éléments de durée et de con-

1. Les épithéliomas même spino-cellulaires de la base de la langue en arrière du V lingual et ceux de la région glosso-épiglottique réagissent souvent assez bien au rayon X.

2. De Nabias et Forestier. De l'index d'activité karyokinétique. *Congrès du cancer*. Strasbourg 1923.

tinuité, nous devons ajouter le choix d'un rayonnement de très courte longueur d'onde dont l'électivité sur la cellule néoplasique paraît plus marquée ; cette propriété a l'avantage d'épargner les tissus sains et d'augmenter l'écart de sensibilité entre la cellule normale et la cellule néoplasique.

Le rayonnement du radium par sa constance et sa grande pénétration lorsqu'il est fortement filtré, remplit au maximum les conditions de traitement que commande la biologie du cancer.

Les rayons X appliqués jusqu'ici d'une façon discontinue<sup>(1)</sup> et présentant un rayonnement de longueur d'onde beaucoup plus grande que le rayonnement  $\gamma$  échouent généralement dans le traitement des tumeurs à activité reproductrice faible dont les cellules ne peuvent être détruites en totalité pendant la durée du traitement.

Une des conditions physiques indispensable au succès d'un traitement curiethérapique est de faire pénétrer au sein de la tumeur une dose de rayons suffisante pour détruire les cellules néoplasiques. Une dose insuffisante les blessant seulement semble exciter leur prolifération et favoriser les propagations. Le curiethérapeute doit avoir toujours présent à l'esprit ce danger et établir son plan d'attaque pour y parer.

Il n'est pas facile avec le radium d'obtenir un rayonnement homogène dans l'épaisseur des tissus. La quantité de radium dont on dispose étant généralement faible, on est obligé de rapprocher les sources rayonnantes des régions à traiter. On sait que dans ces conditions, on perd le bénéfice procuré par l'éloignement en vertu de la loi du carré de la distance, et on voit l'énergie décroître très vite dans les premiers centimètres de tissu. Pour palier à cet inconvénient, plusieurs moyens sont à notre disposition :

1° *La Radiumpuncture* qui consiste à répartir également dans l'épaisseur de la tumeur et à son pourtour des foyers de faible puissance qui par compensation mutuelle donnent un rayonnement homogène. Cette technique excellente et à laquelle sont redevables les progrès accomplis dans le traitement du cancer de la langue en particulier nécessite généralement comme mesure de sécurité la ligature de la carotide externe ; mais son champ d'action reste limité à la tumeur, elle ne permet pas d'atteindre directement les territoires ganglionnaires éloignés et doit être associée lorsque cela est possible à l'évidement ganglionnaire. Une des principales causes d'échec de la curiethérapie des cancers faciaux

1. L. Mallet. Les bases rationnelles de la radiothérapie. *Progrès médical*, 19 mai 1923.



buccaux est donc la propagation ganglionnaire contre laquelle la radiothérapie est généralement impuissante.

2° *La Curielthérapie de surface par les appareils moulés*, méthode destinée à faire pénétrer à travers les téguments une dose suffisante de rayons pour détruire les cellules néoplasiques tout en ménageant la peau ou les muqueuses et les tissus sains. Par la multiplicité des foyers, on parvient à compenser notablement la décroissance du rayonnement et on peut atteindre efficacement suivant la façon dont sont disposés les tubes de radium, des régions relativement profondes (3 à 6 centimètres). Par l'étendue de son champ d'irradiation, cette technique possède un des avantages de la radiothérapie mais elle y ajoute la constance, et la qualité de son rayonnement. Elle peut donc avoir la prétention de détruire des propagations néoplasiques ou ganglionnaires qui échappaient à la radiumpuncture.

Depuis longtemps déjà, 1916, l'un de nous avec le D<sup>r</sup> Baud de Reims, s'est appliqué à mettre au point cette technique des appareils moulés. Nous l'avons d'abord envisagée en utilisant l'émanation et nous avons établi des appareils radifères moulés sur la région à traiter d'après une empreinte au plâtre ; mais, afin d'avoir une adaptation aussi parfaite que possible du rayonnement sur l'ensemble de la région malade, au lieu d'employer des tubes remplis d'émanation, comme on le fit plus tard nous fîmes exécuter des boîtiers en argent destinés à contenir l'émanation. Ces boîtiers épousaient les sinuosités de la surface malade ; l'appareil métallique était isolé des téguments par une épaisseur de caoutchouc vulcanisé, moulé également : cette gaine de faible poids atomique, était destinée à absorber le rayonnement secondaire nuisible.

Le remplissage d'émanation se faisait à l'aide d'un bouchon pointeau relié à la pompe ; on pouvait, sans difficulté avec ce dispositif, faire le plein d'émanation et dans une certaine mesure corriger sa décroissance.

Nous avons employé cette technique pour la cavité buccale et les régions sous-maxillaire et cervicale.

Pour des raisons d'ordre pratique et biologique dont le bien fondé n'a fait que de se confirmer par la suite, nous avons cru préférable de substituer à l'émanation des sources à rayonnement constant permettant les applications prolongées (1).

La juxtaposition des tubes de puissance sensiblement égale,

1. Baud et Mallet. A propos de l'émanation comparée aux sels de radium. *Presse Médicale*, 11 fév. 1920.

disposé sur un support plastique forment des appareils bien adaptés aux régions malades et donnent un rayonnement de surface homogène.

Au point de vue biologique et physique, dans la construction des appareils moulés, il faut envisager les trois points suivants :

1° Le support plastique ne doit émettre aucun rayonnement nuisible ;

2° Les tissus sains en particulier, les surfaces muqueuses et cutanées doivent être épargnés.

3° Le rayonnement doit atteindre la tumeur et ses zones d'extension d'une façon aussi égale que possible.

La première de ces conditions est d'importance capitale dans l'emploi des appareils moulés, car la substance plastique doit réunir les qualités suivantes : très bonne plasticité à chaud, indéformabilité à froid, légèreté, solidité et imperméabilité, enfin absence d'émission de rayonnement caractéristique secondaire, corpusculaire ou  $\gamma$  ; elle doit être en outre un bon diffuseur et contribuer ainsi à l'enrichissement du rayonnement en profondeur. Ce sont les substances à poids atomique faible qui réuniront ces avantages, c'est-à-dire celles composées d'atomes légers. H., C., Az, O. Nous avons rejeté en principe, pour les appareils de surface, les cires de dentiste, telles que le steint, le godhiva ou la pâte de Kaerr ; ces pâtes ont le grave inconvénient de contenir des matières minérales. Nous avons recours habituellement à la cire vierge, cette dernière nous a paru très avantageuse, son pouvoir diffusant est excellent, elle constitue un bon filtre secondaire et n'émet pas de rayonnement caractéristique notable.

Pour les appareils cavitaires, en particulier les appareils buccaux, on ne peut s'adresser aux cires qui fondent et se déforment ; il faut recourir aux substances plastiques rendues indéformables et rigides et dont le type est le caoutchouc vulcanisé. On obtient avec cette substance des appareils très résistants et très légers, parfaitement adaptés et faciles à nettoyer ; le rayonnement propre de cette substance paraît faible et elle est en général assez bien tolérée (1).

Pour épargner les tissus sains et ne pas altérer gravement les téguments, il faut s'adresser à un rayonnement électif très pénétrant qui augmente l'écart de sensibilité entre les cellules saines et néoplasiques. Pour obtenir ces rayons très pénétrants,

1. Nous utilisons également l'aluminium moulé recouvert d'un vernis.

une forte filtration est nécessaire. En principe, il ne faut pas descendre au-dessous de 1 millimètre de platine et mieux, utiliser 2 millimètres qui ne laissent plus passer que 13 % des rayons  $\gamma$  mous. On diminuera encore l'action de ces rayons mous en éloignant les foyers. Pour les appareils buccaux, on ne peut guère les écarter à plus de 3 ou 4 millimètres du plan muqueux, les conditions de tolérance et de bonne adaptation ne permettent pas toujours des épaisseurs plus élevées de substances plastiques. Pour les applications sur la surface cutanée, on a l'avantage de pouvoir éloigner les foyers radiants et suivant la profondeur que l'on désire atteindre, on éloignera ceux-ci à 2, 3 ou même 4 centimètres du plan de surface. Nous ne descendons pas généralement au-dessous de 1 centimètre ce qui met complètement à l'abri des effets caustiques du rayonnement  $\gamma$  mou surtout lorsqu'on emploie des tubes assez fortement chargés, 10 milligrammes Ra. e., par exemple.

Au point de vue physique, et de la bonne utilisation du rayonnement en profondeur, la répartition des tubes, leur nombre, leur distance par rapport au plan cutané doivent être étudiés avec soin. C'est en effet de cette distribution dans l'espace des sources radiantes que dépend la dose profonde.

Il faut donc chercher à établir un appareil qui donne à la limite de la zone que l'on veut atteindre une dose de rayons se rapprochant le plus possible de celle donnée à la surface puisque la réaction cutanée constitue en quelque sorte l'étalon biologique d'efficacité.

Jusqu'à ces derniers temps (1), les données que l'on avait sur l'énergie distribuée en profondeur étaient empiriques ; on peut maintenant comme l'un de nous l'a récemment établi (2) connaître par une méthode ionométrique analogue à celles des rayons X cette énergie dans les divers points de l'espace et établir le rapport de dose profonde à dose superficielle.

Sans entrer dans les détails de cette étude physique, nous donnerons à titre d'indication les doses obtenues en profondeur pour un certain appareil : on a déterminé par des mesures ionométriques la répartition des doses à diverses distances et profondeurs, les points de même valeur ont été réunis par des courbes,

1. R. Coliez. Méthode graphique d'évaluation schématique de la répartition en profondeur du rayonnement  $\gamma$ . — A.F.A.S., 1924, in *Journal de Radiologie*, octobre 1923.

2. L. Mallet. Détermination directe du rayonnement  $\gamma$  à l'aide d'un ionomètre. Société de Radiologie, décembre 1923.

celles-ci constituent des niveaux successifs de doses dits courbes d'isodoses. On voit par exemple que pour un appareil (fig. 1) dont les tubes au nombre de 11 sont disposés en quinconce et placés sur un support de cire de 1 centimètre d'épaisseur, si on estime à 100 la dose au niveau de la peau en un certain point, on a sur la perpendiculaire passant par ce point à des profondeurs successives de 5 m/m, 15 m/m, 30 m/m, 45 m/m, les rapports de 80, 60, 40 et 20 %.

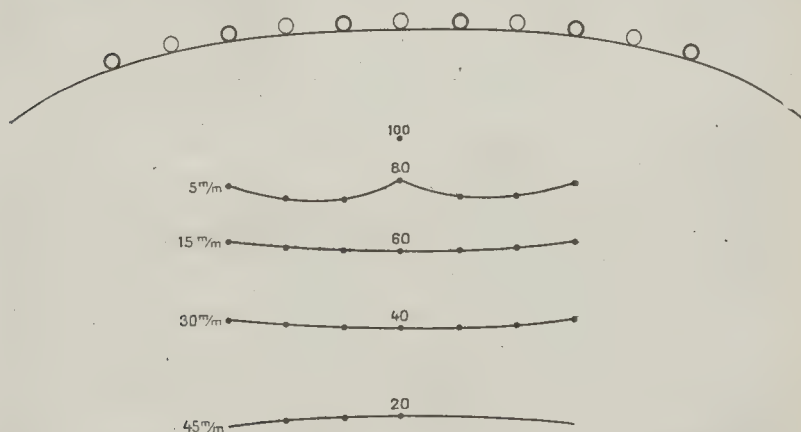


FIG. 1. — Appareil radifère comprenant 11 foyers repartis sur une surface de cire de 1 centimètre d'épaisseur.

En éloignant les sources radiantes à 3 ou 4 centimètres de distance du plan de surface cutanée, on diminue l'écart de dose entre la peau et les régions profondes et on améliore le pourcentage, mais cet avantage que procure l'éloignement a pour contre-partie l'affaiblissement du rayonnement. Il faut donc augmenter la puissance des foyers radio-actifs, si l'on veut recevoir dans le même temps la même énergie.

La technique des appareils moulés dont nous donnons les détails d'établissement est applicable dans un grand nombre de cas. Nous y avons recours dans le traitement des tumeurs de l'amygdale, du voile du palais, de la langue et du plancher buccal. Elle se prête très facilement au traitement des tumeurs de la parotide, des néoplasmes de la face, de l'orbite, du cuir chevelu, de la joue, souvent en combinaison avec des appareils intra-buccaux. Nous avons traité également des tumeurs profondes du



pharynx, des adénopathies cervicales et des cancers du plancher buccal par des appareils en collier.

### Préparation des appareils moulés porte-radium.

Deux types d'appareils moulés porte-radium sont utilisés couramment : *les appareils moulés de surface et les appareils moulés intra-buccaux.*

Ces deux types d'appareils étant très différents par la technique de leur préparation, nous les étudierons séparément.

#### I. — Appareils moulés de surface.

Ces appareils sont utilisés dans le traitement des épithéliomas cervico-faciaux (nez, orbite, oreilles, joues, lèvres, cou). Ils sont constitués par une substance plastique moulée à la surface des téguments et supportant des foyers radioactifs. Deux techniques permettent de confectionner ces appareils :

1° La substance plastique peut être modelée sur le patient lui-même.

2° La substance plastique peut être modelée sur un moulage en plâtre de la région à traiter.

#### PREMIÈRE TECHNIQUE : MODELAGE SUR LE PATIENT.

Cette technique a déjà été minutieusement décrite par MM. Esguerra, Monod et Richard de l'Institut du Radium (*J. de Radiologie*, juillet 1922 et février 1923). Les principes en sont les suivants.

On découpe sur une feuille de papier, un patron de la région à traiter. On ramollit un gâteau de substance plastique par immersion dans l'eau à 45°. (La substance plastique employée à l'Institut du Radium est la pâte Columbia, composée de cire d'abeilles, de paraffine et de sciure de bois). Lorsque la pâte est suffisamment plastique, on la découpe avec un couteau suivant les contours du patron et on l'applique sur la région à traiter. Par une pression douce, on lui fait épouser toutes les saillies et les dépressions de cette région. On attend qu'elle durcisse par refroidissement, puis on la détache et on la plonge dans l'eau froide pour activer son durcissement.

Cette technique nous a donné d'excellents résultats lorsqu'il

s'agit de traiter une région non ulcérée, non enflammée, non douloureuse. Nous l'avons cependant légèrement modifiée en utilisant comme substance plastique de la cire d'abeille armée par de la tarlatane afin d'en augmenter la rigidité.

Cette cire armée est très facile à préparer. Dans un plateau émaillé, légèrement glycérimé, on coule de la cire (rendue liquide au bain-marie) jusqu'à un quart de centimètre de hauteur. On dépose à la surface de la cire en fusion une feuille de tarlatane ou de gaze à pansement, puis on coule une nouvelle couche de cire de même hauteur que l'on recouvre à nouveau de tarlatane et ainsi de suite. Après refroidissement on sort du moule un gâteau de cire de l'épaisseur choisie, un, deux ou trois centimètres.

Au moment de la confection de l'appareil, on procède comme ci-dessus, en ramollissant la cire dans l'eau à 50 degrés.

#### DEUXIÈME TECHNIQUE : MODELAGE SUR MOULAGE EN PLÂTRE.

Ainsi que nous le disions plus haut, le modelage de la substance plastique sur le patient lui-même, devient pénible lorsqu'il s'agit de traiter une région ulcérée, et douloureuse. Cette technique devient inapplicable également, lorsque la région à traiter se laisse déprimer, déformer, par la pression de la cire : le pavillon de l'oreille par exemple. Dans ces cas, il est nécessaire de modeler la substance plastique sur un moulage en plâtre obtenu, d'après une empreinte de la région. Nous nous proposons de préciser les détails de cette technique. Pour fixer des idées, nous prendrons comme type de description, un appareil moulé destiné à irradier un épithélioma largement ulcéré de la pyramide nasale.

La confection de cet appareil nasal comprendra les temps suivants :

- 1<sup>er</sup> temps : la prise d'empreinte ;
- 2<sup>e</sup> temps : la préparation du moulage en relief ;
- 3<sup>e</sup> temps : la préparation de l'appareil moulé ;
- 4<sup>e</sup> temps : la disposition des tubes de radium ;
- 5<sup>e</sup> temps : l'application de l'appareil moulé.

#### 1<sup>er</sup> TEMPS : *Prise d'empreinte.*

On commencera par dessiner sur la face du patient, à l'aide d'un crayon dermatographique, les contours de l'appareil moulé. Dans le cas présent, l'appareil nasal devra s'étendre afin d'avoir

une stabilité suffisante, sur les saillies osseuses, voisines de la lésion, c'est-à-dire en haut sur le front et latéralement sur les saillies malaires. Il devra déborder en bas sur la lèvre supérieure.

L'empreinte est prise avec du plâtre de Paris n° 0 délayé dans l'eau jusqu'à consistance crémeuse. La région à mouler est soigneusement vaselinée ; les sourcils et les moustaches sont particulièrement bien protégés par une couche suffisamment épaisse de vaseline, appliquée de façon à coucher les poils sur la peau. Toute ulcération est tapissée d'une feuille de gaze stérilisée, enduite de vaseline stérilisée. Le patient est placé dans le décubitus dorsal. Dès que la bouillie plâtrée est prête, on en dépose à l'aide d'une cuiller une petite portion sur le front, et on la pousse de proche en proche vers la racine du nez. En évitant les yeux, fermés cependant par le patient, on pousse la bouillie plâtrée vers les ailes du nez. On ajoute, peu à peu, de nouvelles portions de plâtre, sur le plâtre déjà coulé et progressivement, par une lente poussée du plâtre, on recouvre les pommettes, l'ensemble de la pyramide nasale, la lèvre supérieure. Un petit tuyau de caoutchouc placé entre les lèvres du patient permettra la respiration. Plus simplement même, quand la respiration nasale s'effectue normalement, le jet d'air expiré, créera en face de chaque narine, une cheminée d'aération à travers la couche de plâtre.

*Précaution à prendre :* au niveau des sourcils, des moustaches, pousser le plâtre dans la direction de l'inclinaison des poils, pour coucher ces derniers et éviter de les emprisonner dans le plâtre durci.

Toute la région à mouler étant recouverte, il est nécessaire de donner à la couche de plâtre une épaisseur à peu près uniforme (2 cm. environ) pour lui assurer une rigidité suffisante. Au bout de quatre à cinq minutes environ le durcissement est complet, et le masque de plâtre peut être retiré aisément en recommandant au patient de faire quelques grimaces pour faciliter le décollement.

Cette empreinte au plâtre est très bien tolérée par le patient.

a) Elle n'est pas douloureuse, même lorsqu'elle est exécutée sur un épithélioma ulcéré du nez, forme hypersensible, car le plâtre n'exerce qu'une pression infime sur la lésion ;

b) Elle est exécutée très rapidement puisque cinq à six minutes sont suffisantes pour permettre la coulée du plâtre et son durcissement ;

c) Elle n'est pas dangereuse pour la lésion, car le plâtre se

trouve séparé de l'ulcération par une feuille de gaze stérilisée et vaselinée ; d'ailleurs un mélange de plâtre et d'eau n'est nullement irritant.

## 2° TEMPS : *Préparation du moulage en relief.*

Pour transformer l'empreinte (moulage en creux) en un moulage en relief, il suffit de huiler légèrement au pinceau toutes les anfractuosités de ce creux et d'y couler de la bouillie plâtrée. Après durcissement, le démoulage est effectué facilement. Sur le moulage en relief (véritable copie de la région à traiter) sera confectionné l'appareil porte-radium, en dehors de la présence du malade.

## 3° TEMPS : *Préparation de l'appareil moulé porte-radium.*

Après avoir dessiné au crayon sur le plâtre les contours à donner à l'appareil, nous ramollissons à l'eau chaude à 55° une plaque de cire d'abeilles de 1 centimètre d'épaisseur et nous la modelons sur le moulage de plâtre en exerçant à sa surface une pression suffisante pour lui faire épouser toutes les saillies et les dépressions. À l'aide d'un couteau suffisamment chauffé, les bords de cette plaque, sont découpés, suivant les contours indiqués sur le moulage.

Puis nous refroidissons la cire en la portant sous un courant d'eau froide, mais il est capital de procéder à ce refroidissement sans séparer la cire de son moulage en plâtre afin que la cire ne subisse aucune déformation au cours de son durcissement.

Par un procédé analogue nous ajoutons deux nouvelles plaques de cire de 1 centimètre au-dessus de la première, afin d'obtenir une plaque définitive de trois centimètres d'épaisseur.

Dans le cas de suppuration abondante, pour éviter la macération des tissus, il sera bon de pratiquer à la face profonde de l'appareil des rigoles de drainage qui permettront aux liquides de s'écouler vers les points déclives.

Enfin il faudra songer à perforer la cire au niveau des narines pour permettre la respiration.

Toutes ces manœuvres nous ont semblé d'une exécution plus facile sur un moulage en plâtre que sur le patient lui-même.



#### 4<sup>e</sup> TEMPS : *Disposition des tubes de radium.*

Sur le moulage en plâtre, le radiumthérapeute marquera au crayon la position de chaque tube de radium et pourra commodément chercher la disposition la plus favorable de ces tubes pour obtenir une irradiation homogène de la lésion. A ce point de vue la technique de préparation de l'appareil porte-radium sur modelage en plâtre, nous paraît préférable à la technique du modelage sur le patient. Il est en effet très malaisé de calculer sur la lésion elle-même le nombre des tubes, leur disposition, leur écartement pour obtenir une égalité d'irradiation, tandis que sur le plâtre toutes les mesures pourront être effectuées avec la plus grande facilité. Ayant le tracé de chaque tube sur le plâtre, il s'agit d'effectuer la transposition sur la face superficielle de la plaque de cire, face sur laquelle seront creusées des logettes destinées à recevoir le radium. La transposition d'un tube peut se faire, très simplement de la façon suivante : une ligne droite passant par l'axe du tube sera tracée au crayon sur le moulage en plâtre et devra déborder par ses extrémités les contours de la plaque de cire. Une deuxième droite, à peu près perpendiculaire, à la première et passant par le milieu du tube sera tracée dans les mêmes conditions. Lorsque la plaque de cire sera réappliquée, il sera facile de tracer sur sa face superficielle deux droites superposées exactement aux deux droites tracées sur le moulage, puisque les extrémités de ces deux lignes sont apparentes en raison de leur prolongation en dehors des limites de la plaque de cire. L'intersection des deux droites donne exactement la position du tube. On procédera de la même façon pour obtenir la position des autres tubes.

Au niveau du tracé de chaque tube, on creusera dans la cire une logette d'environ un centimètre de profondeur. Un compas d'épaisseur devra toujours vérifier l'épaisseur de la cire entre la face profonde de la plaque et le fond des logettes afin que le foyer radio-actif, soit à la distance voulue de la peau. Après introduction des tubes de radium, chaque logette sera fermée par une petite masse de cire ramollie à la flamme. De plus une feuille de leucoplaste pourra être collée sur toute la face superficielle de l'appareil, pour s'opposer à toute échappée des tubes.

#### 5<sup>e</sup> TEMPS : *Application de l'appareil.*

Si l'appareil est bien adapté sur le moulage, il doit s'appliquer exactement sur la face du patient.

Si des parties de cire compriment une région trop sensible, il suffit de gratter légèrement la face profonde de la plaque aux endroits indiqués par le patient.

L'appareil nasal sera maintenu en place par deux rubans de 1

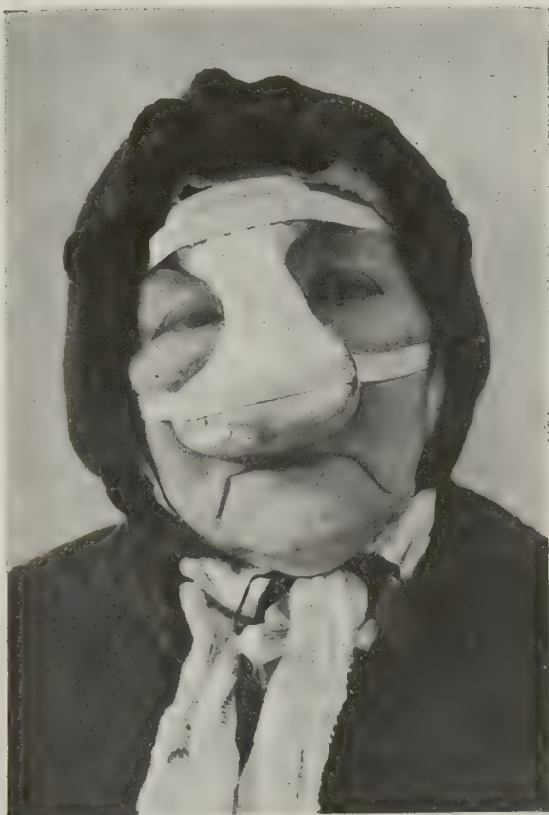


FIG. 2.

à 2 centimètres de largeur, disposés en circulaires, l'un au niveau du front, l'autre au niveau des régions malaires et noués tous deux derrière la tête. Chacun de ces rubans sera, au préalable, fixé sur l'appareil, à l'aide de plusieurs anses de gros fil, qui traverseront la cire dans toute son épaisseur (fig. 2).

## AUTRES TYPES D'APPAREILS MOULÉS PORTE-RADIUM

Tous les appareils cervico-faciaux porte-radium peuvent être préparés suivant la technique que nous venons de décrire pour l'appareil nasal, pris comme type de description.

Nous avons préparé sur moulage en plâtre des appareils destinés à irradier la région orbitaire, l'oreille, les joues, les régions carotidiennes et laryngée. Tous nous ont donné entière satisfaction par leur parfaite adaptation aux régions à traiter. Le système d'attache de ces divers appareils varie par la disposition différente des rubans.

Dans tous les appareils qui n'intéressent pas les orifices respiratoires nous complétons ce système d'attache par une bande de crêpe élastique (genre Velpeau) qui assure à notre appareil une fixité parfaite.

*Type d'appareil à supports éloignés en cas de suppuration abondante.* — Nous avons apporté une modification à ces appareils de surface lorsqu'il s'agit d'irradier une région anfractueuse qui est le siège d'une suppuration abondante. Sous les appareils à large surface d'application, le pus est retenu, la peau macère, une odeur fétide se dégage (1). Pour obvier à cet inconvénient, nous avons combiné un type d'appareil à support éloigné de la lésion. Un tel appareil nous a permis de traiter avec succès un épithélioma spino-cellulaire de la conque de l'oreille.

Le support est en caoutchouc vulcanisé noir, constitué par une plaque en forme de C qui embrasse, en arrière le pavillon de l'oreille et qui est appliquée sur la région temporo-mastoïdienne. De cette plaque partent trois arceaux de caoutchouc vulcanisé, qui, passant à cheval au-dessus du pavillon, vont plonger dans la conque. A cette extrémité des arceaux, est fixée une masse de cire dans laquelle sont pratiquées les logettes destinées à recevoir les tubes de radium.

Il y a tout intérêt à ce que la masse de cire n'épouse pas parfaitement la concavité de la conque pour que le pus puisse s'écouler par l'espace libre laissé à dessein entre la cire et la surface ulcérée.

Nous avons confectionné un appareil analogue, pour traiter l'épithélioma de l'orbite, dont nous publions l'observation à la fin de cet article.

1. Préalablement aux applications de radium, il est bon de procéder pendant quelques jours à la désinfection de l'ulcération.

## II. — Appareils moulés intra-buccaux.

Ces appareils peuvent être utilisés pour irradier la voûte palatine, les remparts alvéolaires, la face interne des joues, les piliers antérieurs, la région amygdalienne, le voile du palais, la base de la langue, ou le plancher buccal.

Dans l'étude de la préparation de ces appareils nous prendrons comme type de description, un appareil destiné à irradier un épithélioma intéressant l'amygdale et une partie du voile. Cet exemple étant choisi, à dessein, parmi les cas les plus difficiles.

Un tel appareil se compose d'une plaque palatine en caoutchouc vulcanisé (vulcanite) servant de support à un boîtier en vulcanite ou en aluminium, qui recevra les tubes de radium.

Dans un premier temps on prépare le support palatin. Dans un deuxième temps on prend une empreinte de la lésion, c'est-à-dire de l'amygdale et de la portion du voile intéressée. Dans un troisième temps, on ajoute au support palatin le boîtier porte-radium disposé en regard de la lésion.

### 1<sup>er</sup> TEMPS : *Préparation du support palatin.*

Le support de l'appareil est une plaque palatine en caoutchouc vulcanisé noir, lequel, ne contenant que du noir d'ivoire et 6 % de soufre, donnera peu de rayonnement secondaire.

Cette plaque palatine est préparée suivant les méthodes utilisées en stomatologie pour la confection des dentiers.

Elle est fixée sur les dents par des crochets en caoutchouc vulcanisé, préférables à des crochets métalliques susceptibles de provoquer un rayonnement secondaire.

Si le patient est édenté, il est ajouté à la face inférieure de la plaque palatine des bourrelets de caoutchouc vulcanisé, disposés le long de la crête alvéolaire et venant épouser le rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure, lorsque la bouche est fermée. Ce dispositif permettra au patient de maintenir son appareil contre le palais par simple occlusion des mâchoires.

### 2<sup>e</sup> TEMPS : *Moulage de la lésion. (Amygdale et voile).*

La plaque palatine étant en place, nous ramollissons à l'eau chaude une petite masse de pâte à empreinte de dentistes (stents par exemple) et nous modelons doucement avec le doigt cette



pâte, à la fois sur la concavité de la plaque palatine, sur le voile et sur l'amygdale.

A l'aide d'un tampon de coton monté, imbibé d'eau froide, nous refroidissons en bouche la masse de pâte et lorsque nous jugeons son durcissement suffisant nous sortons hors de la bouche la pâte modelée et la plaque palatine. Nous refroidissons, à nouveau, par immersion dans un bol d'eau froide.

Après durcissement complet, nous replaçons en bouche la plaque palatine et son prolongement de pâte. Nous en vérifions l'adaptation sur les contours de la lésion.

On transforme ensuite ce moulage en creux, en un moulage en relief en plâtre.

Ce moulage en plâtre est enfin rapproché du sujet et, par comparaison, les contours de la lésion y sont dessinés aussi exactement que possible. Sur ce moulage le radiumthérapeute peut fixer le nombre et la dimension des tubes de radium à utiliser.

### 3° TEMPS : Préparation du boîtier porte-radium.

Le choix de la substance idéale permettant de confectionner ces boîtiers porte-radium, fait, depuis deux ans, l'objet de nos recherches. Nous nous sommes adressés successivement aux substances suivantes :

1° *Le caoutchouc vulcanisé noir* : est très résistant sous faible épaisseur, mais donne fréquemment des réactions par rayonnement secondaire.

2° *La gutta-percha* : est insuffisamment rigide à la température de la bouche.

3° *L'aluminium* : est rigide sous peu d'épaisseur ; il a une densité suffisamment faible pour ne donner qu'un rayonnement secondaire minime. L'aluminium est, d'autre part, un métal facile à travailler, et surtout facile à couler, ce qui permet de lui faire épouser tous les contours d'une lésion de surface irrégulière. Pratiquement les boîtiers d'aluminium sont fort bien tolérés et ne provoquent qu'une faible réaction de la muqueuse.

Cependant, pour intercepter le rayonnement secondaire de l'aluminium, nous avons essayé de recouvrir le métal avec les substances suivantes :

a) *Le caoutchouc vulcanisé noir*, sous très faible épaisseur. (Nous avons dû l'abandonner, les réactions semblant être plus intenses qu'avec l'aluminium seul).

b) Le caoutchouc brun en feuille anglaise collée sur la surface externe de l'aluminium à l'aide d'une dissolution de caoutchouc dans la benzine (De Nabias).

c) Le celluloid en dissolution dans l'acétone, déposé sur l'aluminium, à l'aide d'un pinceau, comme un vernis. Pour que la pellicule de celluloid adhère au métal il faut : que la surface de l'aluminium soit rugueuse (L'aluminium, sortant de la coulée et non poli, présente une surface suffisamment granuleuse), que la solution cellulo-acétone soit étalée sur l'aluminium en couches extrêmement minces et que chaque couche soit suffisamment sèche (attendre une heure environ) avant d'être recouverte de la couche suivante.

Nous ne nous étendrons pas sur la technique de préparation du boîtier en aluminium coulé, la manipulation de ce métal étant courante en prothèse dentaire. Nous nous contenterons de faire remarquer que le boîtier doit être le moins volumineux possible afin d'être bien toléré. Les parois auront environ de 2/10 à 5/10 de millimètre d'épaisseur. Son volume intérieur sera juste proportionné aux dimensions des tubes de radium, revêtus de leurs gaines filtrantes.

Si la filtration des tubes est jugée insuffisante, il est facile de doubler intérieurement la paroi d'aluminium par une lame d'or ou d'argent d'épaisseur voulue.

Les tubes de radium sont introduits dans le boîtier par une ouverture située à la partie supérieure.

De la cire liquide est coulée sur ces tubes pour les immobiliser et pour fermer l'ouverture du boîtier.

La plupart de nos malades ont toléré ces appareils pendant de très longues périodes (25 jours et plus) d'autant mieux que leurs douleurs étaient calmées dès les premiers jours de l'irradiation.

Naturellement, l'appareil doit être retiré au moment des repas et pour son nettoyage. Le malade acquiert très rapidement l'habitude suffisante pour enlever et remplacer lui-même son appareil.

Les appareils destinés à irradier les autres points de la cavité buccale sont généralement plus simples que celui que nous venons de décrire. Ils sont donc plus faciles à préparer et plus commodément tolérés par les malades, mais ils dérivent tous du type précédent.

Dans le cancer de la langue, lorsqu'on ne voudra pas recourir à la radiumpuncture, on pourra utiliser les appareils porte-radium. Cependant, il est nécessaire de faire, ici, quelques remarques.

Il est généralement impossible d'insinuer un appareil, toujours

trop épais, entre le bord de la langue (où siège le plus souvent la lésion) et les arcades dentaires. L'appareil, ainsi disposé, comprime la lésion et provoque des douleurs intolérables. Nous avons tourné la difficulté, chez un de nos malades, en confectionnant un appareil palatin permettant d'irradier la lésion par en haut, tandis qu'un appareil cervical irradiait, à travers la peau, la région sous-maxillaire et la base de la langue, suivant le principe des irradiations par feux croisés. Dans un tel cas, l'appareil palatin est constitué par un boîtier d'aluminium qui s'adapte à la voûte palatine et qui épouse la face dorsale de la langue. Il est accroché aux dents de la mâchoire supérieure. Une lame d'argent de 2 à 3 millimètres d'épaisseur est disposée entre les tubes de radium et le palais pour protéger ce dernier.

### Observations et résultats cliniques.

Afin de montrer l'intérêt de la curiethérapie par les appareils moulés, nous croyons utile d'illustrer notre description des deux observations cliniques suivantes :

#### I. — *Tumeur du maxillaire supérieur gauche.*

G. S..., n° 728, homme âgé de 43 ans. L'affection a débuté cliniquement vers juillet 1922, le malade vit apparaître au niveau de la moitié supérieure de la joue gauche une tuméfaction qu'il prit pour une fluxion dentaire et qui pouvait avoir le volume d'un œuf. Vers le 1<sup>er</sup> octobre 1922, il va chez son dentiste qui lui arrache une molaire supérieure gauche. Le lavage consécutif à la sonde fit ressortir par le nez un peu de pus. Sur le conseil de son dentiste, le malade va consulter à Lariboisière, il est hospitalisé le 16 octobre 1922 dans le service du Pr Sébilleau. Au cours de l'opération qui eut lieu le 18 octobre, M. Chatellier se rendit compte qu'il s'agissait d'une néoplasie du maxillaire, à point de départ dans la paroi antérieure du sinus ; il a au moyen d'une résection atypique tenté l'exérèse totale de la masse néoplasique. Le patient est adressé après l'intervention à M. le Dr Haret pour traitement radiothérapique qu'il commença le 25 octobre ; on fit 6 séances d'une heure environ en l'espace de huit jours.

En février 1923, réapparut une tumeur dans la même région qui augmente rapidement. Le 25 avril, le malade entrain de nouveau à Lariboisière. M. le Dr Sébilleau diagnostiquait un épithélioma sinusal inopérable. Le patient alla voir successivement M. le Dr Luc et le Dr Baumgartner qui nous l'a adressé.

*Etat à l'entrée.* — Dans l'épaisseur de la joue gauche, masse de consistance assez molle, bilobée, présentant un segment en bas et en avant vers la commissure ; ses dimensions sont de 6 centimètres de

longueur sur 4 centimètres de large. Un autre segment perpendiculaire se dirige en haut et en dedans, vers la partie saillante de l'os malaire, sous lequel il semble adhérer au maxillaire supérieur ; la pression de cette masse n'éveille pas de douleur. Il n'y a pas d'adhérence à la peau ni à la muqueuse buccale. Cependant, à l'inspection, la muqueuse de la joue adhère au pourtour du canal de sténon.



FIG. 3.

Extérieurement (fig. 3), on constate au niveau de la moitié supérieure de la joue gauche jusqu'au-dessus de l'arcade zygomatique, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule dont le maximum de saillie répond à la région de l'os malaire. La pression à ce niveau est très douloureuse, et on perçoit en particulier, au niveau du bord orbitaire, une sensation de crépitation. L'exploration des régions ganglionnaires permet de constater la présence de ganglions de la grosseur,



d'une noisette dans les régions sous-maxillaire gauche et sous-angulo-maxillaire.

*Traitement.* — Prise d'une empreinte au plâtre de la région maxillo-malaire par M. le Dr Psaupe. Etablissement sur cette empreinte d'un appareil moulé en cire vierge destiné à s'appliquer sur l'hémi-face gauche.



FIG. 4.

On répartit également sur ce support épais de 2 centimètres, 15 foyers radio-actifs de 2 millimètres R. a. e. filtrés par une équivalence de 2 millimètres de platine, distants les uns des autres de 2 centimètres et demi. Les dimensions de la surface radiante étaient d'environ 120 centimètres carrés. L'appareil fut appliqué le 18 juin à l'aide de sangles de caoutchouc et maintenu en place jusqu'au 15 juillet. La durée de l'application fut de vingt-cinq jours ; soit 18000 M. g. H. ou 135, 18 McD.

Au cours de cette application, nous avons observé le 2 juillet, la chute des poils de la région jugale et de la moustache. Le 12 juillet la peau présentait un fort érythème, la saillie extérieure de la région malaire s'était affaissée et l'exophtalmie avait beaucoup diminué, la tumeur perçue dans l'épaisseur de la joue s'était réduite, le prolonge-



FIG. 5.

ment inférieur était à peine reconnu ; le prolongement supérieur ne faisait plus saillie vers l'os malaire. Le 14 juillet, la peau présentait des vésications et l'épiderme se détachait par place. Le 16 juillet, le malade sortait de l'hôpital et revenait aux pansements pendant une douzaine de jours, temps nécessaire à la réfection complète de son épiderme. Le 10 août, le patient est revu ; il présente tous les signes de la guérison. Le 5 octobre, il revient dans le service, l'état local et général sont excellents (fig. 4).

Cependant, à l'heure actuelle, le malade qui à la suite du traite-

ment respirait très normalement de la narine gauche se plaint à nouveau d'une gêne respiratoire de ce côté. Nous nous proposons de compléter le traitement par une nouvelle application au niveau des régions nasales et maxillaire gauche antérieure.

L'intérêt de cette observation, est de montrer qu'avec une dose faible de radium appliquée pendant un temps très prolongé sur une surface radiante étendue nous avons pu faire disparaître une tumeur sinusale relativement profonde ; malgré la radio-résistance que la radiothérapie avait pu créer.

Nous constaterons également que nous avons poursuivi sans inconvénient l'application jusqu'à la radio-épidermite. D'une façon générale, celle-ci doit être obtenue pour être assurée que le rayonnement donné en profondeur a atteint la dose cancéricide.

II. — *Epithélioma de l'orbite gauche.* — S. L., homme âgé de 50 ans. Le malade fut opéré d'un épithélioma développé au niveau d'une fistule lacrymale de l'œil gauche, le 26 mars 1918 ; l'opération chirurgicale fut complétée par une restauration autoplastique le 1<sup>er</sup> avril 1918. En septembre 1920, récidive à l'angle interne de l'œil gauche nécessitant l'énucléation de cet œil en octobre 1920. A partir de cette date, l'affection continua à s'étendre malgré l'intervention et proliféra dans la cavité orbitaire. Le malade vint consulter dans le service de curiethérapie de l'hôpital Tenon (fig. 5).

Le 19 juillet 1922, une biopsie pratiquée en bordure de l'ulcération, permit de constater qu'il s'agissait d'un épithélioma baso-cellulaire, à fréquentes karyokinèses.

*Application de radium.* — Du 19 septembre 1922 au 5 octobre 1922. On place dans la cavité orbitaire un appareil moulé en cire d'après une empreinte au plâtre, cet appareil supporte 3 tubes, de 2 milligrammes, R. a. e. filtrés par 1 millimètre d'or platiné. Ce traitement dura seize jours, ce qui représentait 2.298 milligrammes. Élément-heure ou 17 McD.

Le 25 octobre 1922, le malade est revu, il ne souffre plus ; la moitié inférieure de l'orbite paraît couverte de bourgeons charnus d'apparence normale en voie de cicatrisation et la partie supérieure est complètement cicatrisée.

Le 22 novembre 1922, l'état local est remarquable, la cicatrisation est presque complète, il ne reste au fond de l'orbite qu'une zone arrondie de 3 à 4 millimètres de diamètre. Le 27 septembre, la guérison est complète sauf un tout petit point de 1 millimètre de diamètre qui suinte au fond de l'orbite. Le 21 février 1923, la guérison est complète. Le 23 avril 1923, une petite menace de récidive nécessite l'application d'un tube de 2 milligrammes. La durée de cette application est de 17 jours.

Le malade revu le 8 février 1924, reste parfaitement guéri depuis la dernière application (fig. 6).

POSOLOGIE. — Les doses signalées dans ces observations représentent l'énergie dépensée à l'intérieur des tubes, doses exprimées en milligrammes élément heure ou McD., mais ces indications étant indépendantes de la distance et de la répartition des

tubes, nous ne pourrions connaître réellement les doses reçues par les tissus qu'en mesurant le rayonnement émergeant et en le rapportant à une unité (1).

Au point de vue posologique, les types d'appareils destinés le



FIG. 6.

plus souvent à traiter les tumeurs peu radio-sensibles, seront maintenus en place pendant des temps prolongés afin de frapper les cellules néoplasiques à la période sensible de la mitose, ce temps d'application étant réglé d'après la formule histologique de la tumeur (12 à 15 jours en moyenne). En général, pour les appa-

1. R. Proust et L. Mallet. De la dosimétrie en curiethérapie. Société de radiologie, mars 1924.



reils externes, l'application peut être poussée jusqu'à la radio-épidermite, celle-ci correspond à environ 30 décigrammes-heure pour un point considéré, cette réaction peut servir de base comme repère d'efficacité. L'étude physique de l'appareil nous aura d'autre part fait connaître le rapport de dose profonde à dose de surface. Suivant la durée que nous fixerons à l'application, la puissance des foyers devra être calculée pour obtenir la réaction cutanée dans ce délai.

La curiethérapie par appareils moulés, apparaît particulièrement indiquée dans le traitement des cancers cervicaux bucco-faciaux. Elle se prête aux traitements de longue durée que nécessite généralement la radio-sensibilité faible de ces types de tumeurs. Elle permet d'atteindre efficacement des cancers profonds qui jusqu'ici étaient traités avec peu de succès par la chirurgie ou la radiothérapie.

---

## FAIT CLINIQUE

---

### UN CAS GRAVE DE STOMATITE BISMUTHIQUE DIFFUSE

Par **H.-P. CHATELIER** et **HUDE** (1).

---

L'emploi de plus en plus répandu et courant de la médication bismuthique explique la fréquence sans cesse croissante d'accidents autrefois assez rares et dont la connaissance est indispensable à l'oto-rhino-laryngologiste, en raison de leur siège bucco-pharyngé. Ces complications nous paraissent rien moins qu'exceptionnelles aujourd'hui, puisque les seuls hasards de la consultation de Lariboisière nous ont permis d'en constater quatre cas en deux mois.

Remarquons de suite que sur ces quatre observations, il y en avait trois qui se rapportaient à des accidents relativement bénins, puisqu'ils se résumaient à une pigmentation gingivo-jugo-linguale avec quelques ulcérations circonscrites et superficielles de la muqueuse. La quatrième présentait tout au contraire des caractères de gravité tels qu'il nous a paru intéressant d'en rapporter l'histoire.

Le 1<sup>er</sup> février 1924 était amenée d'urgence dans le service de notre maître M. le professeur P. Sebileau, une femme de 38 ans dans un état des plus sévères : sa dépression profonde, la grande pâleur de sa peau et de ses muqueuses, sa faiblesse si marquée qu'il lui était impossible de s'asseoir sur son lit sans défaillir, l'extrême rapidité de son pouls difficilement comptable, tout enfin traduisait un état d'anémie comme on n'en rencontre qu'après les grandes hémorragies. Le diagnostic était d'ailleurs confirmé par la constatation de stomatorragies intermittentes et à vrai dire légères à ce moment, mais qui devaient être tenues pour les derniers vestiges, très atténués, d'accidents antérieurs de même nature mais beaucoup plus considérables. Cette sup-

1. Communication à la Réunion des Oto-Laryngologistes des Hôpitaux de Paris, février 1924.

position était d'autre part confirmée de la façon la plus absolue par une observation du médecin traitant, observation qui relatait l'existence depuis déjà deux jours d'hémorragies buccales tellement répétées et si profuses qu'elles avaient déterminé l'envoi d'urgence de la malade à l'hôpital. Ces notes, rédigées avec soin, nous permirent de reconstituer l'histoire de la maladie jusqu'au 1<sup>er</sup> février.

Depuis cinq ans la malade souffrait de céphalées fronto-occipitales avec état nauséux et vomissements. Un examen pratiqué en octobre 1923 révéla un léger souffle aortique, une hypertension nette (29-17), des traces d'albumine et une exagération des réflexes. Malgré la négativité du Bordet-Wassermann, la syphilis fut soupçonnée et un traitement hydrargirique décidé. On le commença en décembre sous la forme d'injections intraveineuses de cyanure de mercure. La première piqure (1/2 centigramme) fut parfaitement tolérée ; mais il n'en fut pas de même pour la seconde (1 centigramme) ; deux heures après la malade fut prise de douleurs abdominales vives et diffuses, suivies d'émissions fréquentes, diarrhéiques et sanglantes. Ces accidents durèrent huit jours malgré la cessation des injections mercurielles.

Le 10 janvier fut commencé un traitement bismuthique (néo-trépol). Les deux premières injections n'entraînèrent aucun trouble ; mais après la troisième apparurent des manifestations nettes : fétidité de l'haleine, gêne puis douleurs buccales, en même temps que se dessinait un liseré gingival d'un bleu-noir significatif. Il est bon de signaler le mauvais état antérieur de la dentition.

Le traitement bismuthique fut cependant poursuivi, et c'est après la cinquième injection que survinrent brutalement de graves accidents : douleur vive dans la région amygdalienne gauche avec dysphagie intense, salivation abondante et enfin hémorragies répétées et profuses au point d'entraîner l'état alarmant qui détermina l'envoi d'urgence de la malade à l'hôpital.

Nous avons précédemment indiqué la gravité de l'état général dans lequel était la malade lorsqu'elle nous arriva ; aussi n'insisterons-nous maintenant que sur les lésions locales que nous avons relevées, lésions si caractéristiques qu'elles permettaient de faire d'emblée le diagnostic étiologique des accidents constatés. Le feston gingival alvéolaire était marqué d'un liseré bleu-noir d'autant plus évident qu'il se détachait mieux sur la muqueuse pâle et décolorée ; et, fait à souligner, cette bordure noire était strictement limitée au pourtour des dents. C'est ainsi que le maxillaire inférieur, encore pourvu de presque toute sa dentition, était orné d'un liseré continue tant sur sa face superficielle que sur sa face profonde ; alors que le maxillaire supérieur, à peu près complètement édenté, n'en portait trace qu'au niveau des alvéoles encore habitées.

La langue présentait sur sa face dorsale un piqueté noir aussi riche à droite qu'à gauche. Sur sa face inférieure les lésions étaient tout aussi significatives ; c'est ainsi que l'on pouvait suivre les artères sublinguales dont le trajet injecté en noir apparaissait de part et d'autre des veines homonymes. La muqueuse jugale offrait, principalement à gauche, une teinte bleu-noirâtre, ecchymotique, surtout accentuée sur une région assez large et qui prolongeait en arrière la commissure. Des taches de même couleur se voyaient sur le voile et en particulier

au niveau de la luette. Mais c'est dans la région amygdalienne gauche que les lésions étaient surtout importantes, c'est à leur niveau d'ailleurs que s'étaient produites les hémorragies et que suintait encore un peu de sang. Ces lésions étaient représentées par deux ulcérations d'aspects et de sièges différents, mais qui offraient toutes deux comme caractère commun et essentiel d'être cerclées d'une large auréole bleu noir, dont la surface était suffisante à couvrir toute la région amygdalienne. La première, d'une dimension un peu inférieure à celle d'une pièce de 50 centimes, et recouverte d'une fausse membrane grisâtre était élanche, elle siégeait à la partie supérieure de la face antérieure du pilier antérieur ; la seconde, à peine plus étendue, anfractueuse et comme sphacélique occupait la fossette sus-amygdalienne, d'où elle débordait sur le pilier postérieur, sa surface était couverte d'un caillot témoin de la récente hémorragie.

Un examen somatique général, pratiqué avec M. Hude externe du service, nous permet de constater une hypertension évidente (22-16 au Pachon et ébauche du bruit de galop), des urines albumineuses (2 grammes au tube d'Esbach) mais sans traces de bismuth, un foie légèrement rétracté : l'examen du fond d'œil décèle des papilles à bords flous avec des veines un peu dilatées et sinueuses (Hude). Des frottis pratiqués avec les sécrétions des ulcérations ne montrèrent pas l'association fusospirillaire.

Après un séjour de douze jours, la malade encore pâle et fatiguée, mais dont les lésions bucco-pharyngées étaient très améliorées par des soins locaux, sortait de l'hôpital.

Afin de nous renseigner mieux sur les accidents que nous venions d'observer, nous nous sommes reportés à la très complète communication faite par MM. Milian et Perin sur les stomatites bismuthiques (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 13 janvier 1924). Cette étude, des mieux documentées, nous est apparue comme une mise au point de la question. Voici les faits essentiels que nous avons retenus.

Après un aperçu d'historique où ils rappellent que la stomatite n'est pas de notion récente, puisque Rocher en avait déjà réuni quatre observations en 1882, les auteurs s'appuient sur leur expérience personnelle forte de 50 observations, pour constater que « les lésions paraissent essentiellement conditionnées par deux facteurs : les doses médicamenteuses employées et l'état antérieur de la bouche et des dents. »

Dans un chapitre de clinique, MM. Milian et Perin exposent ensuite les diverses modalités sous lesquelles se présentent les accidents. « Les lésions buccales provoquées par le bismuth s'observent à des degrés d'intensité variable, et peuvent diversement s'associer entre elles. Cependant elles se succèdent généralement suivant un certain ordre. »



I. — PIGMENTATIONS. — Elles sont constituées par le *liseré gingival* et par les *taches pigmentaires circonscrites* qui peuvent apparaître à la face interne des joues ; à la langue où elles revêtent comme chez notre malade, un aspect différent sur la face supérieure et sur la face inférieure, aux gencives, à la voûte palatine, enfin plus rarement sur l'amygdale et les piliers de sa loge. La constatation de ces accidents doit être tenue pour « une indication de diminuer ou d'espacer les doses ; ».

II. — GINGIVITE. — Celle-ci s'accompagne d'une odeur désagréable de l'haleine, de troubles digestifs variés et d'une altération de l'état général. Les accidents gingivaux varient suivant l'intensité des lésions dentaires préexistantes : « A des lésions dentaires discrètes répond une gingivite catarrhale localisée... » « A des lésions dentaires plus accusées répond une gingivite ulcéreuse généralisée. » Bien entendu ces infections gingivales ne vont pas sans une réaction des ganglions correspondants.

III. — STOMATITE ULCÉREUSE. — Elle peut être circonscrite ou diffuse.

a) *Des ulcérations circonscrites* sont précoces (3<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> injection) ou tardives (vers la fin du traitement ou même plusieurs jours après la dernière piqure). Elles peuvent siéger : sur la muqueuse fugale, particulièrement « en regard des dernières molaires inférieures, sur les lèvres, particulièrement la lèvre inférieure, les bords de la langue, les amygdales et les piliers, plus rarement la voûte palatine et les gencives ». MM. Milian et Perin disent avoir rencontré un cas de véritable amygdalite ulcéreuse bismuthique. Quel que soit leur siège, ces ulcérations ont toujours pour caractère d'être auréolées d'une zone pigmentaire de coloration bleuâtre ou noirâtre. Quant aux troubles fonctionnels, ils sont d'intensité variable : simple gêne fonctionnelle ou véritables douleurs surtout provoquées par les contacts ; des auteurs signalent enfin dans cette forme la possibilité d'hémorragies « plus ou moins profuses, mais elles sont rares et toujours de pronostic bénin. »

b) *Stomatite diffuse*. — Stade ultime et exceptionnel de l'intoxication ; « elle est l'apanage des sujets dont la bouche et les dents sont en mauvais état et chez lesquels il convient de n'instituer la médication bismuthique qu'avec la plus extrême prudence. » Son caractère de diffusion ne l'empêche pourtant pas d'être prédominante « d'un seul côté qui est celui où le malade se couche ». Les auteurs insistent sur l'intensité que revêtent ici les troubles fonctionnels ; pyalisme, fétidité de l'haleine, dou-

leurs, gêne de la mastication de la déglutition et même de la parole ; mais s'ils signalent la possibilité d'hémorragies en nappe, il n'apparaît pas qu'ils aient jamais rencontré de stomatorrhagies aussi abondantes, aussi répétées et aussi graves que celles qu'il nous fut donné d'observer.

Restent l'anatomie pathologique et la pathogénie des accidents. Sans pouvoir entrer dans le détail des faits exposés dans la communication si complète à laquelle nous faisons allusion, retenons cependant la grande différence qui existe entre la bénignité du bismuth pris, même à très forte dose, par ingestion, et sa gravité lorsqu'il est appliqué par injections ; notons aussi l'importance de l'infection fuso-spirillaire pour expliquer les formes inflammatoires de stomatite ; cependant dans le cas que nous rapportons, les frottis restèrent négatifs. Encore plus intéressante nous a semblé la pathogénie de la pigmentation si caractéristique des accidents. Il ressort des examens histologiques pratiqués par MM. Milian et Perin que les pigments respectent entièrement l'épithélium et qu'ils abondent au contraire au niveau du derme, dont ils bourrent les papilles. « Ils prédominent au sommet des anses capillaires elles-mêmes, au confluent des capillaires artériels et veineux, point-mort de la circulation, où s'arrêtent les corps étrangers ambulants. » Et si le pigment bismuthique est beaucoup moins abondant dans la lumière même des capillaires que dans l'épaisseur de la tunique endothéliale, on peut cependant supposer avec les auteurs « que l'oblitération vasculaire joue un rôle mécanique notable dans la genèse du processus ulcéreux et de la nécrose épithéliale ». La simple clinique semble d'ailleurs confirmer ces notions fournies par le microscope, car les ulcérations que nous avons constatées nous sont apparues comme la mortification centrale d'une zone plus étendue entièrement bourrée de pigments bismuthiques, et se présentant à l'œil sous la forme d'une auréole d'un bleu-noir tout à fait caractéristique.

La conclusion pratique tirée par les auteurs, est que, pour éviter la survenue d'accidents, il faut toujours examiner l'état dentaire des malades qu'on veut soumettre à une thérapeutique bismuthique et qu'on ne peut se permettre de l'entreprendre avant une mise en état rigoureuse de la bouche. D'autre part l'apparition d'une gingivite caractérisée doit être tenue pour une indication de suspendre le traitement. A plus forte raison faut-il agir de même dans les cas graves de stomatite ; il faut alors désinfecter soigneusement la cavité buccale par des lavages anti-

septiques fréquents et abondants. La présence habituelle de l'association fuso-spirillaire au niveau des lésions invite à une médication par le novarsénobenzol.

\*  
\*\*

Nous avons tenu à résumer le rapport de MM. Milian et Perin à cause des nombreux et précieux enseignements qui s'en dégagent ; c'est une étude serrée et complète de la question sous quelque angle qu'on la considère. Aussi n'avons-nous décidé de publier l'histoire de notre malade qu'en raison du caractère de gravité en quelque sorte exceptionnel qu'elle revêt ; cette rareté ressort en évidence du fait que la nombreuse statistique de ces auteurs ne signale aucun cas d'hémorragies aussi sévère que celle qui nous fut donné d'observer.

Il nous apparaît que, pour exceptionnelle qu'elle soit, l'observation que nous rapportons doit nous inciter à quelques réflexions. Elle souligne d'abord l'importance de l'examen somatique complet du malade pour lequel a été décidé un traitement bismuthique, car s'il est évident que c'est le mauvais état de la dentition qui a été la cause initiale des accidents, il est non moins avéré que ce sont les tares circulatoires et rénales qui ont donné à ces accidents leur tournure en quelque sorte de cataclysmique.

Nous relevons d'autre part dans l'histoire de notre malade que cette dernière fut traitée presque sans interruption par du cyanure de mercure puis par du bismuth. Or c'est un principe pour la plupart des syphiligraphes que deux médicaments, qui, l'un et l'autre, sont susceptibles de déterminer des accidents de stomatite, ne doivent être employés successivement sans un intervalle. Telle est du moins l'opinion de M. Milian.

Reste enfin le choix que l'on doit faire entre les préparations bismuthiques ; il est évident que ce n'est pas une chose indifférente. Confirmant les notions communément admises, les statistiques de MM. Milian et Perin montrent nettement combien les complications buccales sont fréquentes avec le tartro-bismuthate de potassium et de sodium, et l'on peut en dire autant des dérivés de cette préparation. Par contre d'autres formes médicamenteuses telles que l'oxyde de bismuth et surtout le quinio-bismuth ne provoquent pas de stomatite on du moins n'en déterminent que très exceptionnellement.

# REVUE GÉNÉRALE

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES PAPILLOMES DU LARYNX

D'après M. AURETI (1).

---

A la période préalaryngoscopique, les tumeurs bénignes du larynx, connues sous le nom générique de polypes, constituaient un fait anatomo-pathologique accidentel. Un chirurgien belge, Koderik fut le premier, en 1750, à constater la présence d'un polype laryngien. Dans un atlas publié par Albers, en 1829, nous voyons de nombreuses reproductions de tumeurs du larynx. Ryland, en 1838, traite longuement la question des tumeurs laryngiennes et de la trachéotomie. Horace Green, en 1845, diagnostique l'existence d'un polype laryngien chez une fillette de 9 ans, et procède à l'ablation par la voie endolaryngée. Lieutaud, en 1867, constate à l'autopsie la présence de papillomes du larynx sur un adulte et sur un enfant.

Les statistiques d'Ehrmann, de Strasbourg (1850) et de Middendorff (1854) permettent d'évaluer au total de 70 les observations de polypes laryngiens recueillies avant la découverte de Manuel Garcia (1855).

C'est à Türck et Czermak que revient le mérite d'avoir employé (1838-1839) le laryngoscope pour examiner le larynx, Czermak a diagnostiqué le premier cas de polype laryngien et Lewin, en 1861, découvrit un papillome à l'angle antérieur de la glotte chez une fillette de 15 ans, qu'il excisa avec succès par la voie endo-laryngée avec les instruments perfectionnés et l'introduction de la cocaïne comme anesthésique local (Jelinck 1884), les observations se multiplièrent.

Oertel, en 1873, décrit trois variétés de papillomes : 1° les petits papillomes rosés ou d'un rouge vineux, à surface lisse, implantés sur le bord des cordes vocales ou à la commissure

1. *Atti della Clinica oto-rino-lar. della R. Università di Roma*, 1922. Anno XX.



antérieure. Généralement ils ne récidivent pas, ou du moins au bout de plusieurs mois ; 2° les tumeurs grisâtres à structure nettement papillaire, dont la coloration varie du blanc rougeâtre au blanc grisâtre ; elles assument un aspect crêtacé et siègent sur les cordes vocales. Elles atteignent surtout les adultes et récidivent rarement ; 3° de grosses végétations de la dimension d'un pois ou d'une fève, s'amassent sous forme de choux-fleurs et peuvent envahir tout le larynx ; elles sont rouges et s'implantent la plupart du temps sur les cordes vocales, fausses ou vraies. Cette forme se rencontre de préférence chez les enfants, son développement est rapide et les récidives sont fréquentes.

Heryng fait remarquer qu'au point de vue de la coloration, de la forme et de la consistance, de nombreuses variétés ne peuvent être assimilées à aucun de ces trois groupes. Par suite d'une hémorragie, le papillome devient d'un rouge brun et les végétations papillomateuses d'ancienne date ont un aspect jaunâtre. De même au point de vue histologique, on note de profondes divergences.

L'étiologie et la pathogénie des papillomes laryngiens sont encore très discutées.

En 1860, Virchow décrivit sous le nom de *pachydermie du larynx*, une affection caractérisée par une prolifération intense de l'épithélium laryngien ; il distingue la *pachydermie diffuse du larynx*, avec hyperplasie de tous les éléments de la muqueuse et dans laquelle l'épithélium revêt un caractère épidermique, et une *pachydermie laryngée circonscrite verruqueuse* répandue chez les enfants et que les laryngologistes dénomment papillomes. Virchow conteste cette appellation, vu que sous le nom de papillomes on groupe toutes sortes de tumeurs, tant bénignes que malignes, à condition que leur surface soit papillaire.

La *pachydermie verruqueuse* se décèle par la prolifération épithéliale *hyperplastique* et non *hétéroplastique* comme dans le cancer.

Il s'agit d'une néoformation inflammatoire, ou déterminée par un microbe inconnu. En tous cas les histologistes sont d'accord sur la bénignité des papillomes. On sait qu'en 1887 à l'occasion de la maladie de l'Empereur Frédéric III, on a beaucoup discuté sur la possibilité de dégénérescence des tumeurs bénignes en tumeurs malignes.

A ce propos, Virchow déclara qu'il considérait comme bénignes, les tumeurs dans lesquelles au fond des papilles, on ne rencontrait pas trace de production épithéliale.

Lennox Browne soutint que les opérations endolaryngiennes

pouvaient provoquer la dégénérescence maligne d'une tumeur bénigne.

Semon et Butlin protestèrent contre cette assertion et de plus, Semon n'admit pas que l'examen histologique de la tumeur pût certifier le diagnostic, attendu qu'il a rencontré plusieurs cas de cancer épithélial dans lesquels l'examen histologique avait fourni un résultat négatif.

Cette polémique se prolongea ; en 1887, à Vienne, Schmitzler fit une conférence sur le sujet qui nous occupe, puis Lennox Browne rédigea une série d'articles dans le *Times* qui semèrent la panique parmi les sujets affectés de tumeurs bénignes du larynx, au point qu'un jeune publiciste irlandais se suicida, craignant la dégénérescence maligne de son affection.

C'est alors que Semon adressa un *referendum* sur la question aux laryngologistes du monde entier. Il conclut de 107 communications que la dégénérescence consécutive à une intervention constitue une rareté, vu que l'on a plutôt constaté des aggravations chez les malades non opérés. Depuis lors, on admet la possibilité de la transformation cancéreuse des papillomes, mais sans en avoir la preuve.

La même confusion subsiste dans le camp histologique. Certains auteurs parlent de tumeurs épithéliales à métaplasie cancéroforme, d'autres, de tumeurs connectivales à dégénérescence sarcomateuse. Ce sont plutôt de banales productions inflammatoires, n'ayant aucune affinité avec les tumeurs malignes.

En présence d'un papillome inséré sur une corde vocale parfaitement mobile, sauf une légère raucité, le malade n'accuse aucun trouble et on s'oriente vers le diagnostic de néoplasme bénin. L'examen histologique donne l'alarme en révélant certaines particularités suspectes. C'est alors que le spécialiste doit prendre une décision, car s'il attend la période d'infiltration et d'ulcération l'opération est vouée à un échec fatal.

Souvent les résultats de l'examen histologique sont décevants. Mackenzie parle d'une tumeur reconnue d'abord papillomateuse, puis cancéreuse. Clinton Wagner rapporte que des fragments de tumeur, examinés par plusieurs histologistes simultanément, furent déclarés papillomateux par le premier, sarcomateux par le second et cancéreux par le troisième...

Il arrive qu'à l'autopsie, on reconnaisse une erreur de diagnostic perpétrée durant la vie. Beschorner raconte qu'une femme fut opérée d'un papillome de la corde vocale gauche par Tornwaldt qui vérifia par l'examen histologique la nature de la tumeur.

Une récurrence nécessita l'ablation d'autres fragments, et Birch-Hirschfeld diagnostiqua un cancer. La malade refusant de subir plusieurs interventions chirurgicales, on pratiqua la trachéotomie qui enrava le mal. La femme succomba à la dégénérescence athéromateuse de l'artère coronaire du cœur, dix-neuf ans après la première opération et six ans après qu'on eût diagnostiqué le cancer. L'examen microscopique des papillomes, effectué *post-mortem* par Neelsen, démontra qu'il ne s'agissait pas d'un carcinome, vu que la prolifération épithéliale des papilles était nettement délimitée vers les régions sous-jacentes. La seconde observation concerne une malade de 55 ans qui avait subi la trachéotomie et l'ablation répétée de papillomes qui récidivèrent. Au bout de six ans, on diagnostiqua un cancer et le malade mourut sept ans après d'un carcinome utérin.

Si, à la suite d'une biopsie, on croit découvrir la malignité d'un papillome vulgaire, d'autre part, on est frappé du résultat histologique qui permet de déceler une tuberculose du larynx tant primitive que secondaire.

Le premier auteur qui ait signalé les tumeurs laryngiennes tuberculeuses, est Morgagni qui en décrit 2 cas. En 1866, Tobold dit qu'il arrive que toute la cavité supérieure du larynx soit envahie par des proliférations tuberculeuses de la muqueuse en forme de choux-fleurs qui tirent leur origine du ventricule de Morgagni, des apophyses vocales et de la paroi postérieure du larynx.

Ensuite, Andral observa des néoplasmes tuberculeux du larynx. Krishaber, dans son article écrit en collaboration avec Peter (*Dictionnaire Dechambre*, 1868) parle de tumeurs hypertrophiques en forme de choux-fleurs et de crêtes de coq, formant des polypes véritables. Ariza, en 1877, affirme que les tumeurs tuberculeuses ne sont pas rares et qu'elles siègent le plus souvent sur l'épiglotte, dans l'espace interaryténoïdien et à l'angle glottique antérieur.

Gouguenheim eut le mérite, en 1889, d'attirer l'attention sur les relations entre la tuberculose et les papillomes du larynx. Avec Tissier, il relate un cas de troubles laryngiens caractérisés par l'alternance de l'aphonie et du retour de la voix. Au laryngoscope, on vit dans la région aryténoïdienne, une volumineuse tumeur d'un gris rosé, en forme de choux-fleurs, originaire de la face interne de l'épiglotte. Les autres parties du larynx semblaient normales. L'examen histologique révéla un papillome typique sans caractère tuberculeux. L'examen des crachats et l'inocula-

tion de parcelles de tumeur aux cobayes fournirent des résultats positifs.

Gouguenheim revint sur ce sujet dans un mémoire lu au Congrès international d'oto-laryngologie de Paris (1889) ; il insista sur le fait, qu'en cas de laryngite tuberculeuse, le polype est susceptible de prendre l'aspect confluent, de même qu'il peut ne pas augmenter de volume, d'où la nécessité des recherches anatomo-pathologiques pour définir les rapports existant entre les papillomes et la tuberculose.

Doit-on exciser les papillomes par la voie intra ou extra-laryngée ?

La thérapeutique médicale s'est accrue maintenant du radium ou des rayons Röntgen, mais les résultats obtenus jusqu'ici ne concordent guère, quant à la quantité d'irradiations requises pour le traitement.

La structure de la muqueuse laryngienne décrite minutieusement par Coyne en 1874, et depuis par Massei, Citelli, Ferreri, Nardi, Capaldo, Jacooleff, etc., est désormais décrite dans ses moindres détails dans les traités d'anatomie modernes.

Au point de vue histologique, la *tunique muqueuse du larynx* se compose : 1° d'une couche épithéliale ; 2° d'un derme ou chorion, auquel sont annexées des masses glandulaires ; 3° d'une couche élastique fibreuse revêtant la muqueuse et dénommée membrane élastique.

L'auteur se contente de fournir quelques indications sur les caractères histologiques de l'épithélium et du chorion de la muqueuse, puis il décrit l'aspect macroscopique des papillomes qui siègent d'ordinaire sur le tiers antérieur des cordes vocales, à la commissure antérieure et sur la face antérieure de la région hypoglottique (Castex, Bull, Semon, Throsber, von Bruns, Ferreri, etc.). Ces tumeurs se rencontrent aussi sur les fausses cordes vocales, les replis ary-épiglottiques, et, par exception, sur la paroi postérieure du larynx où ils peuvent être confondus avec la tuberculose laryngée végétante.

Schnitzler et Hoffmann admettent la présence des papillomes aux points de formation des nœuds de vibration des cordes vocales.

Grazzi est partisan d'une cause physique, le passage de l'air de la trachée dans le larynx.

Aureti publie alors les 32 observations qu'il a recueillies, puis il aborde la synthèse des papillomes qu'il subdivise en papillomes simples, papillomes à la phase d'involution ; caractères histolo-



giques différentiels entre le papillome et le granulome papillaire inflammatoire, la pachydermie laryngée diffuse et verruqueuse.

Pour les papillomes compliqués de tuberculose, Trautmann distinguait trois catégories de formes végétantes : 1° les végétations qui constituent l'unique manifestation de la laryngite tuberculeuse et qui ne renferment ni cellules géantes, ni bacilles; elles sont caractérisées par un accroissement progressif, l'absence d'ulcérations et de récidives post-opératoires; parfois les papillomes sont greffés sur un tissu infiltré de tubercules; 2° dans la forme scléro-végétante ou polypeuse de Gouguenheim, il s'agit de formations polypoïdes ou en choux-fleurs, sans ulcération ni infiltration; la muqueuse inter-aryténoïdienne est irrégulière, inégale, hypertrophiée et d'apparence villeuse; 3° la véritable tumeur tuberculeuse d'Avellis. Lorsque les végétations se multiplient et atteignent un grand développement, on est en présence de la forme scléro-végétante de Gouguenheim et Glover qui, au microscope, a l'aspect papillomateux. Les malades sont sujets à des accès de suffocation qui nécessitent souvent la trachéotomie.

Gouguenheim a eu le mérite de mettre en évidence les rapports unissant le papillome et la tuberculose, mais, jusqu'ici, les travaux publiés n'ont pu aboutir à des conclusions définitives, vu la rareté de la tuberculose pseudo-papillomateuse. Depuis les recherches Gouguenheim qui datent de 1889, jusqu'à présent, on compte à peine une dizaine de cas de papillomes du larynx offrant des caractères tuberculeux. Auriti a eu la chance d'en observer 3 cas à la Clinique de Rome; deux des malades succombèrent, l'une dans un sanatorium, l'autre au cours de l'épidémie de grippe de 1918; le troisième était, en bonne santé au bout de huit ans, s'étant soumis durant ce laps de temps à des cures diététiques et à la médication iodo-arsénicale. Ces observations permettent d'aboutir aux conclusions ci-après : 1° la tuberculose laryngée peut revêtir la forme de papillomes multiples ou unique, confluent ou en choux-fleurs; 2° les tumeurs sont caractérisées par l'existence de tubercule dans le tissu connectif, mais on y rencontre rarement des bacilles de Koch; 3° les papillomes associés à une infiltration tuberculeuse peuvent dériver d'une tuberculose primitive du larynx reconnue cliniquement ou constituer une manifestation secondaire à des lésions pulmonaires et même pleurétiques; alors le larynx s'infecterait par la voie hématique, puisque les crachats étaient indemnes de bacilles; 4° les papillomes accompagnés d'infiltration tuberculeuse pouvant se montrer à une époque où les symptômes des autres organes sont peu évidents, il con-

vient de baser leur étiologie sur l'examen histologique. Il faut exciser la base du papillome afin de pouvoir dépister les tubercules. La rareté des observations est inhérente à l'abstention d'examen histologique et microscopique. Sur 39 cas de papillomes, Aureti n'a relevé que trois fois la présence de tubercules ; 5° les papillomes tuberculeux récidivent aisément après ablation ; 6° le pronostic des papillomes associés à une infiltration tuberculeuse est relativement bénin.

N'ayant aucune expérience des rapports entre la syphilis et les papillomes, l'auteur n'insiste pas sur ce sujet.

L'étude microscopique des rapports existant entre les papillomes et les tumeurs malignes offre un vif intérêt, puisqu'elle permet de formuler un diagnostic précoce qui évite des interventions hasardeuses. Auriti a suivi trois malades, dont un seul a survécu. On sait que lorsqu'un sujet ayant dépassé la quarantaine est porteur de papillomes, il faut toujours soupçonner une tumeur maligne, quoique cette règle soit infirmée par quelques exceptions.

Quand, à la période initiale, le cancer intrinsèque du larynx revêt l'apparence papillomateuse, les symptômes objectifs ne nous orientent pas vers le diagnostic.

Sur un total de 32 cas de papillomes, Auriti n'a jamais rencontré les perles épithéliales qu'il a remarquées en cas de néoplasie maligne. Aussi chez un adulte affecté de papillomes laryngiens, la présence de perles épithéliales constitue un facteur important qui doit faire préférer la voie extra-laryngienne à la voie endo-laryngée, c'est à-dire la laryngofissure suivie de l'ablation étendue de la tumeur.

Quant à la possibilité de la métastase cancéreuse du papillome, elle apparaît nettement dans deux observations de l'auteur qui conclut ainsi :

1° Le papillome du larynx, secondaire à un cancer ne présente, à la période initiale, aucun indice permettant de formuler un diagnostic précis. Celui-ci doit être basé sur la biopsie ou l'existence soit de perles épithéliales, soit d'altérations épithéliales.

2° L'examen histologique en aidant au diagnostic précoce de l'épithélioma, permet d'éviter une grave opération.

3° Le noyau primitif d'origine du cancer ne se rencontre pas dans l'épithélium, mais à la base du papillome, d'où la rareté de la transformation cancéreuse du papillome.

4° Le néoplasme surgissant à la base du papillome, il faut, en cas de biopsie, que l'extirpation de la tumeur par les voies natu-

relles embrasse son point d'implantation afin d'éviter une erreur de diagnostic.

Les sarcomes intrinsèques du larynx sont infiniment plus rares que le cancer. Sur 100 carcinomes Semon n'a rencontré que 3 sarcomes ; Schmidt aussi n'a relevé que 3 sarcomes contre 75 cancers ; Mackenzie 5 sarcomes sur un total de 53 cas ; dans un travail sur les tumeurs malignes du larynx, Butlin cite 23 cas de sarcome. On connaît des observations dues à Probsting, Burkett, Protta et Alessandri.

Au cours de recherches histologiques, Auriti a trouvé une observation démontrant l'invasion du tissu sarcomateux dans l'épithélium du papillome chez un enfant de 12 ans qui avait guéri à la suite de l'opération, mais que l'on a perdu de vue depuis la guerre.

Plusieurs théories ont cours quant à la nature du papillome, certains auteurs le considèrent comme une véritable tumeur, alors que d'autres observateurs lui attribuent une origine microbienne. On a aussi invoqué la fatigue fonctionnelle ; 21 % des malades de Mackenzie étaient chanteurs ; Jurasz a noté l'influence de la profession chez 34 malades sur 121. Mais de minutieuses recherches ont permis à Castex de déduire que l'influence professionnelle était nulle. Baumgarten suggère l'idée que l'infection laryngienne se produit durant le passage du fœtus dans le vagin maternel infecté de blennorrhagie, mais cette hypothèse est inadmissible. On a également parlé d'une dyscrasie tuberculeuse ou syphilitique.

Il est vraisemblable que le papillome a une origine microbienne.

Si la plupart des auteurs rangent les papillomes parmi les tumeurs bénignes, ils divergent sur la question de l'histogénèse. Rokitansky, Durante, Biedermann disent que la tumeur est issue du tissu connectif, d'où la dénomination de fibrome papillaire. Forster et Pecirka attribuent son origine aux vaisseaux sanguins et l'identifient avec l'angiome. Au contraire, Birch Hirschfeld, Eberth, Hanau, Kursteiner, Lange, Pfannenstiel admettent un début épithélial.

Auriti est d'accord avec les auteurs qui considèrent les papillomes comme une hyperplasie banale du derme de la muqueuse laryngienne causée par une irritation microbienne ou néoplasique.

L'étude histologique des papillomes a confirmé la nature connective de la tumeur.

Pour conclure, on peut affirmer qu'au point de vue histologique, les papillomes sont constitués par un squelette connectif à tendance papillaire et par un revêtement épithélial. Le tissu connectif, de structure aréolaire se transforme en tissu fibreux. L'épithélium est plat, pluristratifié, cylindrique par exception.

L'involution du papillome est provoquée par des lésions vasculaires (hémorragies, thromboses).

Les granulomes papillaires inflammatoires et la pachydermie laryngée diffuse divergent du papillome, en ce qu'ils sont constitués par un tissu granuleux, revêtu d'un épithélium hypertrophié.

La verrue laryngienne marque une phase d'évolution du papillome dont les papilles augmentent de hauteur, tandis que l'épithélioma périphérique subit la transformation cornée.

Les papillomes vrais peuvent être englobés dans un néoplasme malin tant épithélial que connectif.

Les papillomes ne subissent pas la métastase cancéreuse ; le carcinome qui est une autre maladie est originaire de la profondeur, de même que le sarcome.

Il est probable que les papillomes sont engendrés par une irritation dermique imputable à divers agents étiologiques.

Sur 2.500 malades examinés à la Clinique de Rome de 1912 à 1922, on a compté seulement 39 cas de papillomes.

Les papillomes du larynx provoquent des troubles de la phonation et de la respiration. Les altérations de la voix oscillent entre une légère raucité et l'aphonie totale d'après le siège de l'implantation. Un petit papillome siégeant sur le bord libre d'une corde vocale, s'oppose au rapprochement avec sa congénère et entraîne une dysphonie prononcée, tandis que de multiples papillomes originaires du ventricule de Morgagni ou de la face postérieure de l'épiglotte, peuvent n'exercer aucune action sur la phonation.

L'aphonie est intermittente si le papillome, implanté dans le vestibule laryngien ou dans l'espace hypoglottique et muni d'un long pédicule se déplace aisément et s'insère accidentellement entre les cordes vocales lorsque celles-ci sont en position d'adduction.

La plupart du temps, au début on croit qu'il s'agit d'un banal catarrhe laryngien.

Lorsque les papillomes atteignent un certain volume et tendent à se multiplier, ils entraînent des troubles respiratoires qui peuvent s'aggraver au point d'entraîner la suffocation.



En général, les polypes laryngiens affectent l'apparence d'une mûre et sont rosés ou blanchâtres.

Le traitement médical a presque toujours échoué, on a employé le nitrate d'argent, les acides chromique, acétique, salicylique, lactique. On a préconisé aussi le chlorure de zinc, les insufflations d'alun et de poudre de sabine. Heryng recommande le phénol sulfuriciné à 3 %. Bronner a eu recours aux pulvérisations de formol à 1/2000 en augmentant progressivement la dose jusqu'à 1/250. Harrow Smith conseille des instillations intralaryngiennes d'huile de ricin.

Les syphilitiques useront de préparations mercurielles. On a aussi proposé la magnésie calcinée contre les papillomes, ce procédé était déjà en usage parmi les vétérinaires pour traiter les chiens et les chevaux affectés de papillomes buccaux.

Claoué présenta en 1910, à la Société de Médecine de Bordeaux, deux enfants âgés de 5 et 6 ans. L'un d'eux ingéra quotidiennement 5 grammes de magnésie pendant quinze jours et après un arrêt de quinze jours on prescrivit un demi-gramme par jour pendant quatre mois. Le second enfant absorba un demi-gramme par jour durant plusieurs mois. Les papillomes rétrocedèrent dans les deux cas.

La magnésie fournit également de bons résultats entre les mains de Schiffers, Masini, Massei, Artelli, Torrini, Sargnon ; mais Brockaert, Falgar, Halphen, Fontaine et Bruzzzone ont échoué par la même méthode.

A la clinique de Rome, la magnésie calcinée appliquée chez l'adulte et chez l'enfant, n'a nullement influencé l'évolution du papillome.

La radiosensibilité des tumeurs varie selon l'activité proliférante des tissus, les néoplasmes malins sont plus sensibles que les tumeurs bénignes.

A plusieurs reprises, Ferreri a défini la technique de l'application de la radiumthérapie laryngée.

En 1911, Polyak fit une communication sur le traitement des papillomes par le radium. Après trachéotomie, il insérait le radium à travers la brèche opératoire ; Polyak cite trois cas dans lesquels l'application du radium rendit la thérapeutique chirurgicale inutile.

Abbe rapporte deux observations de guérison totale, de même, Freudenthal, Coffin, Hopkins, Mazzoch, Harris.

Auriti décrit un cas personnel. Jusqu'ici on n'a recueilli qu'une vingtaine d'observations probantes qui ne permettent pas de tirer des conclusions définitives.

La *radiothérapie* des papillomes laryngiens est encore très peu connue, l'auteur a soigné par ce moyen deux malades, chez l'un il y eut récédive, mais non dans l'autre cas.

Dans l'état actuel de nos connaissances, c'est toujours la cure chirurgicale qui vient en tête du traitement des papillomes. Les laryngologistes sont partisans convaincus de l'intervention endolaryngienne ; les chirurgiens préfèrent la voie extra-laryngée.

Massei était partisan acharné de l'ablation des papillomes du larynx par les voies naturelles.

La cure chirurgicale endolaryngienne a été prônée par Massei, Fauvel, Mackenzie, von Bruns, Lacsarret, Haryng, Canepelo, Masini, Egidi, Strazza, Calamida, Meyer, Gavello, Bruzzone, Pusateri, Protei, Vitta-Massei.

Chez les jeunes enfants il est pour ainsi dire impossible d'intervenir par la voie buccale, tandis que les papillomes sont facilement excisés par la voie extra-laryngienne.

Avant de connaître la laryngo-suspension, Ferreri préconisait pour les papillomes volumineux, même chez l'adulte, la laryngofissure avec ou sans trachéotomie préliminaire. Toutefois l'insertion d'un instrument dans le larynx nuit à la résistance organique et aide à propager la contagion.

Ferreri a observé, au cours de sa longue pratique, que les papillomes extirpés par la voie endo-laryngée récidivent presque toujours, ce qui n'advient pas avec la laryngofissure.

Périer (1893), Poyet (1896), Della Vedova et Biaggi (1897), Ferreri, Laurens (1909), Koerner (1910) ont eu recours à la voie extra-laryngienne pour l'ablation des papillomes, et le dernier auteur recommande la cricotomie. Walker Downie a pratiqué la thyrotomie pour enlever un papillome sous-glottique.

L'autoscope de Kirstein (1897) et la laryngoscopie directe au moyen de l'appareil de Brünings permettent d'exciser les papillomes chez les enfants par la voie buccale (Bianchi, Garel).

En 1912, Killian publia son premier travail sur la laryngo-suspension qui réduit au minimum les risques des interventions laryngées infantiles. Ferreri l'appliqua aussitôt à la clinique de Rome afin d'obtenir la cure conservatrice par la voie endolaryngée.

Le traitement chirurgical englobe : 1° le procédé endolaryngien sous le contrôle du toucher (éponge de Voltolini, tubage, divers types d'abraseurs), par laryngoscopie indirecte (méthode classique) ou par laryngoscopie directe ; 2° la voie extra-laryngienne comprend la laryngofissure et la laryngostomie.

Toute intervention endolaryngée doit être précédée d'une anesthésie soigneuse, la cocaïne a le mérite d'être bien supportée et d'insensibiliser totalement.

Schnitzler et Levoin ont eu recours au chloroforme, mais Mackenzie, Harmer, Verneuil, Krishaber repoussent ce procédé qui expose les malades à des crises d'étouffement. A la clinique de Rome, si l'on a recours à l'anesthésie générale, on pratique une trachéotomie préliminaire.

En 1877, Voltolini proposa de balayer le larynx à l'aide d'une éponge fixée à une sonde métallique. Cette méthode n'évoque plus aujourd'hui qu'un souvenir historique.

L'intubation, effectuée par Baldwin (1890) et Rosenberg (1896) dans le but de provoquer, par la pression, l'atrophie des papillomes, constitue un excellent traitement en cas de sténose aiguë du larynx, mais elle échoue dans les cas chroniques et si des fragments de papillomes se détachent et tombent dans la trachée, ils déterminent l'asphyxie.

O'Dwyer imagina un tube fenêtré spécial que l'on insérait dans le larynx. Lors de son retrait, une masse de papillomes étaient détachés par les bords acérés et tombaient dans le tube. Beaucoup d'instruments employés actuellement reposent sur ce principe : la curette de Lœri, le tube fenêtré d'O'Dwyer, modifié par Monselle, la canule panier de Gavello, le polypotome laryngien d'Escat.

L'abraseur laryngien olivaire, à anse cachée de Ferreri, donne des résultats satisfaisants en ce qu'il prévient les traumatismes du larynx; c'est en somme une sonde ordinaire, dont l'extrémité glottique se termine en olive, tandis que le manche est cannelé. Le corps de la sonde est évidé et porte un mandrin qui est la partie essentielle de l'instrument. Dans le mémoire, l'instrument figure sous trois aspects : fermé, ouvert et fixé.

La laryngoscopie indirecte constitue le procédé de choix pour l'adulte et les enfants au-dessus de six ans; on emploie quatre types d'instruments : le polypotome laryngien à anse, les pinces du type Massei, Ruault, Jurasz, M. Schmidt et Ferreri, les curettes tranchantes et la guillotine de Stœrk.

Kirstein, en 1896, décrit un mode de laryngoscopie directe au moyen de l'autoscope. Au dire de Ferreri, cet appareil n'est pas pratique, attendu que la résistance musculaire ne permet pas de voir au delà du vestibule. Un dérivé de l'autoscopie directe est la laryngo-trachéo-bronchoscopie, préconisée par Killian et vulgarisée par Brunings. Employée, par certains laryngologistes,

tels que Garel et Bianchi, elle offre une réelle valeur diagnostique, mais au point de vue thérapeutique, il faut une instrumentation compliquée, le malade supporte mal l'exploration et le champ visuel rencontre un obstacle dans l'étroitesse du tube.

La laryngosuspension de Killian (1912) marque un progrès notable pour l'extirpation des polypes laryngo-trachéaux chez les enfants. Le procédé est en usage à la clinique de Rome depuis 1912.

Pour les adultes, les Allemands accordent la préférence à l'anesthésie locale, précédée d'une injection hypodermique de morphine à un centigramme et de scopolamine (1/3 à 1/2 milligr.) une demi-heure avant l'intervention.

A la Clinique de Rome, on emploie la narcose au chloroforme et à la morphine afin d'abolir autant que possible les réflexes pharyngolaryngiens et l'anesthésie locale cocaïnique. Au cas de trachéotomie préalable, on effectue l'anesthésie à travers la canule de Trendelenburg.

Si le malade est menacé d'asphyxie, on a recours à la trachéotomie afin de mettre le larynx au repos et d'obtenir l'atrophie des papillomes.

La plupart des laryngologistes estiment que la trachéotomie est un mode de traitement efficace, surtout s'il s'agit d'enfants rebelles aux manœuvres endo-laryngiennes.

Rosenberg admet que l'involution des papillomes après trachéotomie dépend de ce que l'air ne circule pas dans le larynx et que les papillomes sont irrités.

En cas de dyspnée, Payson Clark recommande la trachéotomie chez les enfants; si les papillomes n'ont pas tendance à proliférer on les excise par la voie endo-laryngée; mais en ce cas, les enfants doivent porter longtemps leur canule.

Un malade d'Abbe conserva sa canule pendant six ans. Windenberg cite un cas qui ne guérit jamais, malgré que quatre années se soient écoulées depuis la trachéotomie. Hansberg parle de deux individus ayant gardé des canules durant dix-sept et vingt-deux ans sans résultat et chez qui le traitement endo-laryngien se montra efficace.

Une des observations d'Auriti concerne un enfant de 8 ans qui avait été trachéotomisé à l'âge de 4 ans par Massei. Hospitalisé à Rome en 1921, il fallut recourir à la laryngostomie suivie de radiumthérapie.

La trachéotomie réussit au cas où l'involution des papillomes



se produit rapidement, car si les enfants sont obligés de porter une canule pendant longtemps, leur développement intellectuel s'en ressent et leur organisme se débilité; on a observé aussi des complications pulmonaires aiguës et chroniques prédisposant parfois à la phtisie.

La trachéotomie ne doit pas constituer le traitement d'élection en cas de papillomes du larynx; maintenant la laryngosuspension aide à résoudre bien des difficultés.

La thyrotomie, ou laryngofissure, a été prônée surtout par Frankenberger (1889) et Ferrier (1895). Pour les enfants en bas âge, Poyet (1896) conseille la trachéotomie et la thyrotomie, tandis que Laurens est partisan de la thyrotomie et de la fulguration.

Avant d'appliquer la laryngosuspension, Ferreri employait la laryngofissure pour supprimer les tumeurs volumineuses.

La thyrotomie devrait être abandonnée en cas de papillomes, vu les inconvénients qu'elle offre. Sur 100 cas de laryngofissure rapportés par Mackenzie, on compte 22 guérisons, 30 cas où la dysphonie persista et 50 cas d'aphonie totale. Il se peut aussi que la fonction respiratoire du larynx soit compromise. Bruns cite un cas de sténose glottique provoquée par les adhérences du tiers antérieur du rebord des cordes vocales. Les récidives sont assez fréquentes.

La thyrotomie est indiquée au cas où, chez un adulte, l'examen histologique d'un papillome fait suspecter une tumeur maligne, alors il convient d'ouvrir largement le larynx afin de procéder à une abrasion suffisante.

Schnitzler, M. Schmidt, Braun, Massei, Arslan ont préconisé l'intervention par les voies naturelles en cas de tumeur maligne, mais en parcourant la statistique de Sendziak basée sur 982 cas de tumeurs, on voit que les récidives sont plus nombreuses par les procédés endolaryngiens que par la thyrotomie: Semon, Butlin, Gluck, Chiari, Moure, etc., sont d'ardents défenseurs de la laryngofissure.

La laryngostomie a pour but d'ouvrir le larynx, ou le larynx et la trachée, en laissant la brèche ouverte durant un laps de temps plus ou moins prolongé.

Appliquée en 1898 par Ruggi chez un enfant de 5 ans, la laryngostomie a été baptisée par Sargnon qui l'a vulgarisée. Par la suite, Ferreri, Canepale, de Carli, Beco, Jauquet, van den Wilenberg, Lejeune etc., en ont vanté les bienfaits.

Dans le traitement des papillomes, les indications de la laryn-

gotomie se confondent avec la cure des sténoses laryngées chroniques intrinsèques. Au sujet des papillomes, deux éventualités sont en présence : 1° On est en face d'un enfant trachéotomisé chez lequel la canule s'enlève malaisément ; on trouve une sténose intrinsèque du larynx d'origine traumatique et des granulations au niveau de l'orifice de la canule, une atrophie du larynx qui fonctionne mal. Les papillomes s'atrophient, mais si la sténose a une origine néoplasique, il faut procéder à la laryngostomie.

2° En dépit d'interventions répétées, les papillomes se reproduisent et gagnent l'espace hypoglottique. Chez des jeunes enfants avant la découverte de la laryngo-suspension, on employait la laryngostomie qui permet d'enlever tous les papillomes et d'exercer une surveillance parant aux récidives, mais elle offre aussi des inconvénients. Avant d'effectuer la plastique, on doit attendre au moins trois ans et la voix reste rauque et parfois gutturale. Les cordes vocales rouges, hypertrophiées, se meuvent péniblement, les articulations crico thyroïdiennes sont ankylosées. Par la suite, on note une amélioration de la fonction musculaire et articulaire et de la phonation, mais il est rare que le timbre de la voix redevienne normal.

La laryngoscopie suspensive a l'avantage de permettre un traitement prolongé.

La laryngostomie est décrite dans tous les traités de chirurgie ; c'est à la Clinique de Rome qu'elle a été perfectionnée. Au Congrès de Berlin en 1911, Ferreri communiqua treize observations suivies de guérisons. On a supprimé à Rome la suture de la muqueuse au rebord cutané qui engendrait l'infiltration des tissus et la nécrose consécutive. Pour la dilatation, Ferreri adopte les tampons *salivoïdes* d'ouate comprimée, introduits à sec sans enveloppe de gutta. Par l'inhibition des liquides sécréteurs, ces tampons gonflent et exercent une pression constante sur les parois du larynx. Après la période d'épidermisation de la plaie, pour dilater la cavité laryngienne, on insère une gouttière de caoutchouc, modelée, après expérience sur la forme du larynx. De crainte de récidive on surveillera le malade pendant une année. On ne procédera à la plastique que lorsque la respiration buccale sera rétablie ; on applique le procédé de Gluck légèrement modifié.

### Conclusions.

1° En cas de papillomes isolés, on réussit à enrayer la maladie au moyen de la laryngoscopie indirecte ou par l'appareil suspenseur.

2° Les papillomes confluents et volumineux étant susceptibles de provoquer des sténoses plus ou moins graves, on est souvent obligé de pratiquer la laryngostomie. La laryngofissure ne prévient pas les récurrences.

3° La plupart du temps, la trachéotomie seule n'entraîne pas la guérison.

4° Il conviendra de faire suivre l'intervention chirurgicale de l'application de radium ou des rayons Röntgen.

Les injections d'iode et d'arsenic et l'absorption de magnésie aident la cure locale.

Le long mémoire d'Auriti se termine par des statistiques détaillées, une bibliographie très étendue et dix planches dont une en couleur.

*Traduit et résumé*

par G. G.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## II<sup>e</sup> CONGRÈS ROUMAIN D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

*Tenu à Bucarest le 27 et le 28 octobre 1923.*

A dix heures, le Dr Orescu, président de la Société roumaine d'Oto-Rhino-Laryngologie et du II<sup>e</sup> Congrès, ouvre celui-ci par un discours, en saluant les congressistes et les représentants des autorités. Prononcent ensuite des discours : MM. les Drs Kaminsky, au nom du ministre de la Santé, le professeur Metzianu, au nom de la Faculté de Médecine, le professeur Manolescu et le professeur Marinescu, qui proposent la création d'une Société roumaine d'oto-neuro-oculistique, idée unanimement acceptée par le Congrès. Enfin le professeur d'oto-rhino-laryngologie de Sophie (Bulgarie), Dr Mélinoff apporte au Congrès le salut des spécialistes bulgares.

Le Dr Mayersohn, secrétaire général du Congrès, fait un résumé de l'activité scientifique de la Société roumaine d'Oto-Rhino-Laryngologie pendant l'année 1922-1923.

On procède à l'admission de 11 nouveaux membres. Le Dr Robert Rendu (de Lyon), le professeur Mélinoff de Sofia et Salby de Beyrouth (Syrie) sont proclamés membres étrangers. On élit ensuite le bureau pour 1923-1924 : le professeur METIANU comme président, le Dr SELIGMAN vice-président et le Dr L. MAYERSOHN comme secrétaire général, PREDESCU et TEMPEX secrétaires.

### **N.-J. METIANU. — Radiothérapie et radiumthérapie en oto-rhino-laryngologie (rapport).**

L'auteur montre d'abord les succès obtenus par la chirurgie (Tapia, Gluck, Sébilleau etc.), et il passe ensuite à ceux obtenus par la radiothérapie. Il étudie d'abord les tumeurs bénignes ; papillome du larynx. Il présente un artiste dramatique avec papillome du larynx guéri, par rayons X, après 11 ans de traitement chirurgical. Ce malade est depuis plus de deux ans soumis au traitement par les rayons X. Lepolype papillomateux après deux mois de traitement disparaît, mais récidive après quatre à cinq mois de repos. L'auteur est convaincu que la guérison complète de ce malade est en fonction de dosage des rayons et c'est justement ce dosage qui guérisse la lésion, sans nuire au malade, qu'il faut trouver.

Sans formuler des conclusions positives, Metianu croit que les néoplasmes du larynx et du laryngo-pharynx sont plus avantageusement traités par le radium et les rayons X. On a pu par ces traitements



obtenir parfois une *restitutio ad integrum*, ce qui est exclu dans le traitement chirurgical. D'autres fois le traitement par le radium ou par les rayons ont pu arrêter le développement de la tumeur. Il est vrai aussi que ce traitement a pu produire une aggravation, ou rendu impossible l'intervention opératoire à cause de l'inflammation de la peau du cou et sa moindre vitalité à la suite de l'application trop intense des rayons. Metianu cite un cas où les rayons X, mal filtrés, ont déterminé une décomposition gangréneuse de la tumeur laryngienne et des tissus avoisinants, suivie de mort trois semaines après la cessation du traitement. L'auteur croit donc que les résultats de ce traitement sont en fonction des compétences et des moyens dont dispose l'Institut de radiothérapie. Il conclut qu'actuellement on devrait admettre au traitement par les rayons X :

a) Tous les malades inopérables ; b) tout malade qui, édifié sur les bénéfices et les suites de chacun des traitements, refuse le traitement chirurgical ; c) toujours comme traitement adjuvant du traitement chirurgical ; d) dans les tumeurs malignes du larynx au début, ou dans un stade peu avancé, essayer, avant l'intervention chirurgicale, les rayons X.

Dans la partie du rapport consacré à l'étude de la radiumthérapie, Metianu cite un cas personnel d'une dame de 45 ans avec une tumeur de l'amygdale gauche, occupant toute la cavité du pharynx buccal qui gênait aussi bien la déglutition que la respiration de la malade. A la biopsie, l'analyse faite par le professeur Babès a donné comme résultat un lymphosarcome lymphoblastique de l'amygdale. Le distingué professeur conseillait l'extirpation suivie d'applications de radium et de rayons X.

Après mûres réflexions Metianu se fait confectionner une aiguille de 2 centimètres de longueur contenant dix milligrammes de radium. Cette aiguille traverse la base de l'amygdale de part en part et est laissée en place pendant quatre jours. Au moment de l'enlèvement de l'aiguille la tumeur paraît un peu réduite. Tous les deux jours, on fait une application de rayons X, en tout 6 séances de 10 heures et filtrations de 5 millimètres plaque d'aluminium. La tumeur décroissait progressivement de sorte que deux semaines après la cessation du traitement elle disparaît complètement. Cet état se maintient sept mois après, lorsque l'auteur a revu la malade.

Il paraît que les rayons  $\gamma$  du radium, qui ont une action élective sur les cellules de néoformation, trouvent une application heureuse dans les tumeurs de l'amygdale, très sensible au radium par sa constitution anatomique.

L'auteur conclut que dans ces régions il faudra toujours renoncer à l'intervention chirurgicale des tumeurs sarcomateuses et se rappeler que les tumeurs des amygdales, palatines, lesquelles et celles de Lushka sont très sensibles au traitement par la radiumpuncture suivie de radiothérapie.

Les tumeurs bénignes de ces régions bénéficieraient mieux, d'après les auteurs allemands, de la radiumthérapie suivie de radiothérapie, surtout les polypes papillomateux inflammatoires. Les polypes fibreux papillomateux récidivants, considérés comme malins, seront extirpés et traités ensuite par les rayons X.

En résumé, il ne faut pas nous presser d'intervenir chirurgicalement quand nous voyons les effets de plus en plus nombreux de la radium et radiothérapie. D'autant plus quand nous savons à quelles suites nous exposons la malade. Il faut espérer que le traitement par le radium et les rayons X deviendra le véritable sauveur des malades atteints de cancers, chez lesquels la chirurgie la plus parfaite et dans des cas heureux ne fait que les priver d'organes importants au point de vue vital et fonctionnel, en dehors des cas inopérables, comme les cancers de l'œsophage, où le traitement par le radium et les rayons X a donné des résultats si encourageants. Pour le bien de l'humanité travaillons à résoudre le plus rapidement possible ce grand problème.

## DISCUSSION

COSTINIU approuve pleinement le rapport de Metianu et est, comme lui, convaincu que cette thérapie est celle de l'avenir. Il cite à son tour le cas d'une femme âgée de 70 ans, guérie après 3 séances de radium et d'une autre après 6 séances.

DAVID-GALATI. — Les effets de la radiumthérapie et de la radiothérapie sont en fonction de la connaissance de la sensibilité de la cellule. Il faudra rechercher si nous avons à faire à une tumeur radiosensible ou, au contraire, si la tumeur n'est pas sensible aux rayons. Mais la méthode chirurgicale prime la radiothérapeutique. Les conséquences du traitement par les rayons sont souvent l'exaltation des cellules malades et non pas la destruction des cellules carcinomateuses. David-Galati admet la radiumthérapie en première ligne lorsque la tumeur est arrivée à la surface cutanée, lorsque la maladie est tellement avancée qu'aucune intervention chirurgicale n'est plus possible. Ensuite dans les tumeurs œsophagiennes, où la chirurgie est impuissante, le traitement par les rayons est indiqué avec succès. Le tissu épithéliomateux du nez n'est pas sensible au radium. En résumé : traitement chirurgical *per primam*, puis traitement par les rayons comme stérilisant.

L. MAYERSOHN cite le cas, présenté devant la Société roumaine d'Oto-Rhino-Laryngologie, d'un vieillard, porteur d'une tumeur épithéliomateuse de la corde vocale droite, complètement disparue à la suite de 5 séances de trois heures de transfixion par l'aiguille de radium. Ce malade revient un an après avec un début de tumeur sur l'autre corde. Une nouvelle application de radium est impossible (le radium manquant) et le malade fait une métastase pulmonaire et en meurt. L'auteur est convaincu que s'il avait disposé de radium, le malade serait guéri. Il conclut que tout service de consultation d'oto-rhino-laryngologie devrait avoir une dose quelconque de radium.

PREDESU-RION croit qu'il faut accorder le premier pas au traitement par les rayons, avant le traitement chirurgical, toujours mutilant.

DAVID-GALATI dit qu'il vaut mieux sauver la vie d'un malade, même en le mutilant que d'aller devant un échec. Pour lui le cas de Mayer-sohn est un exemple du pouvoir excitant du radium sur la vitalité des tissus et de la possibilité de donner naissance à des métastases.

VASILIU emploie le radium comme excitant. Il faut savoir quand,

combien et pendant combien de temps l'appliquer. C'est ce que nous ne savons pas encore et c'est ce qu'il faut rechercher.

SUCIU-SIBIANU. — Dans le service de Denker de Halle les cas d'abord opérés, puis traités par les rayons, ont donné des résultats défavorables. D'après lui dans les cas graves essayer d'abord la radiumthérapie. Dans les cas légèrement opérables, opérer d'abord et détruire les cellules malignes restées par la radio ou radiumthérapie,

LAURIAN SEGALL (*Craiova*). — Il est vrai que les malades ainsi que les médecins sont influencés par les moyens bénins de traitement des carcinomes, comme les rayons X et le radium. Mais il ne faut pas oublier combien les muqueuses sont sensibles aux rayons, et que sous l'influence de ceux-ci, elles deviennent un *locus minoris resistentiae* même lorsqu'il ne s'agit pas d'un trop fort dosage des rayons. La difficulté est d'autant plus grande que l'œdème, la nécrose profonde des cartillages peut apparaître beaucoup plus tard. L'orateur cite Hofmaister qui a eu 3 décès de carcinome laryngien, deux mois seulement après la cessation des radiations. L'intervention chirurgicale devient impossible le plus souvent après une application de rayons, car les tissus sont devenus prolifères et englobent des organes importants. Il conclut que si nous ne connaissons pas encore des cas de carcinomes du larynx définitivement guéris par les rayons, nous en connaissons beaucoup par l'opération, grâce à la perfection de l'anesthésie, de la technique opératoire et de la précocité du diagnostic.

METIANU répond aux orateurs en leur demandant la confiance dans les radiologues pour l'application et le dosage des rayons. Avec Ler moyez il croit qu'il ne faut pas intervenir chirurgicalement avant d'avoir appliqué la radiumthérapie. Il espère que bientôt les résultats par ce traitement seront des plus encourageants.

### COSTINIU et BERNEA. — Les autovaccins en otologie.

Les résultats obtenus dans 36 cas dont 12 infections cutanées de l'oreille, traitées par des stockvaccins, sont très bons. 24 cas d'otites moyennes suppurées aiguës et chroniques, avec ou sans complications mastoïdiennes, traités par l'autovaccin réchauffé n° 1 et n° 2, ou par du vaccin stérilisé par une solution iodée, ont donné un résultat nul. Ils concluent que les autovaccins ont donné de bons résultats dans les affections cutanées de l'oreille, et des résultats nuls dans les affections de la muqueuse de l'oreille.

SUCIU-SIBIANU (*Brosov*) a traité des affections oculaires non pas par les autovaccins, mais par les *injections de lait*. Il a remarqué que dans les kérato-conjonctivites phlycténulaires accompagnées de furunculoses du conduit auditif ou d'eczéma du pavillon de l'oreille, le traitement par le lait influençait les deux sortes d'affections comme dans les cas cités par les auteurs précédents. Suciu-Sibianu ne croit donc pas dans une action immunisatrice spécifique de ces autovaccins. Il s'agit plutôt d'une activation du protoplasme cellulaire, le même qui forme le facteur thérapeutique important dans la protéino-thérapeutique et par conséquent aussi dans le traitement par les injections de lait, par les injections d'autovaccin ou de tout sérum.

**BRATESCU-VIRGIL. — Abscès cérébral temporal droit, otique. Opération. guérison.**

Présente un malade, un jeune militaire, dont il fait l'historique complet de la maladie.

**DAVID-GALATI. — Abscès des fosses nasales d'origine dentaire.**

La littérature rhinologique ne nous parle que des abcès du septum. Il existe toutefois d'abcès des parois des fosses nasales, qui, étant formées d'os, donneront naissance à d'ostéo-phlegmon, et ceux-ci sont d'origine dentaire le plus souvent. Les dents qui peuvent donner des abcès des fosses nasales sont la canine, la première et la deuxième incisives supérieures. L'auteur décrit trois formes de collections purulentes produites par l'infection de la canine : un ostéo-phlegmon du vestibule buccal avec œdème de la face, une collection purulente sur la face externe de l'apophyse montante, et une réaction œdémateuse du méat inférieur, une troisième forme enfin : une collection nasale qui occupe le premier méat et le cornet inférieur avec réaction prononcée dans le vestibule de la bouche.

Ces abcès sont intéressants par : 1° *leur caractère topographique* : la canine donne des abcès méato-cornéliens, la deuxième incisive donne un abcès de l'entrée de la fosse nasale et la première incisive donne l'abcès du septum ; 2° *par l'erreur de diagnostic* : on peut les confondre avec les sinusites maxillaires ; 3° *Par l'évolution et le traitement* : ils évoluent par 3 étapes : *étape dentaire* (racine dentaire) ; *étape maxillaire* longue, car de l'alvéole à la fosse nasale il y a toute l'épaisseur de l'os à parcourir ; enfin *l'étape nasale*, lorsque nous ouvrons un tel abcès ne pas oublier qu'il n'est que l'extériorisation de l'ostéite et que celle-ci ne guérit que par un large curettage du foyer. *La trépanation et le curettage buccal ou nasal du foyer d'ostéite est la conditio sine qua non de la guérison.*

SORU-GALATI fait le diagnostic différentiel avec un kyste dentaire du maxillaire inférieur.

SUCIU-SIBIANU cite un cas d'abcès de la fosse nasale diagnostiqué et traité comme une sinusite maxillaire. On trouve plus tard un abcès de la 2° incision, correspondant en ligne verticale avec la fosse nasale et non pas avec le sinus. Toutefois la plaque radiographique montre le sinus dilaté et uni par un pont de continuité avec l'abcès. A la suite du traitement dentaire le malade guérit en quelques jours et de son abcès et de sa sinusite.

DAVID-GALATI ne croit pas qu'il y a lieu de faire le diagnostic différentiel entre le kyste dentaire, qui ne décolle jamais le cornet inférieur. Il existe une grande différence entre le kyste dentaire et l'ostéite ou l'abcès nasal d'origine dentaire.

**DAVID-GALATI. — La latence de l'abcès cérébral otique.**

D'après Aboulker d'Alger, tout abcès cérébral a une *époque ambulatoire*, qui peut durer des semaines, des mois et même un an, pen-



dant lequel le malade perd un temps précieux et qui le rapproche de la mort. Ce stade ambulatoire se caractérise d'après lui par la dépression psychique et la céphalée. Un otorrhéique ayant ces symptômes est porteur d'une collection cérébrale, qu'il faut rechercher. Cela est vrai. Mais la réciproque n'est pas vraie : un otorrhéique qui n'a ni dépression psychique, ni céphalée, peut toutefois être porteur d'un abcès cérébral, qui est complètement latent. Il y a des porteurs d'abcès cérébral otique qui jusqu'à la veille de leur mort jouissaient d'un état de santé parfaite, et d'autres qui, loin d'être déprimés, étaient loquaces et joyeux. Ce sont d'abcès latents, latents jusqu'au coma, latents même jusqu'à la table d'autopsie. Cette latence constitue un caractère de ces abcès avec laquelle il faut compter.

Après avoir cité quatre observations de latence de l'abcès cérébral otique, David-Galati dit que nous n'avons pas d'autre moyen de lutter contre ces surprises qu'en poursuivant attentivement les lésions otiques dans leur stade exo-cranien. Un examen serré de nos otiques, dépistera peut-être une otorrhée en route vers l'endocrâne. Nous découvrirons peut-être une dure-mère de plus, nous ponctionnerons peut-être un cerveau innocent, mais nous surprendrons plus souvent un abcès non soupçonné dans son stade de latence.

V. BRATESCU croit également dans la fréquence des abcès cérébraux latents. La céphalée et la dépression psychique sont pathognomoniques. D'après Sébileau les signes pathognomoniques sont la faiblesse du pouls et la discordance entre le pouls et la température.

SORU se demande si il est prudent de faire, après chaque évidemment, une ponction lombaire.

PRÉDESCU-RION. — Il n'y a aucun inconvénient. Il ne croit pas que la faiblesse et la discordance du pouls soient des signes prévus. Ce sont l'obnubilité et l'insomnie.

SUCIU-SIBIANU demande si on a fait l'examen du labyrinthe. Il ne croit pas à la latence des abcès cérébraux. On peut toujours les dépister en faisant tous les examens de l'appareil auditif.

DAVID-GALATI. — Il est évident qu'avant de pratiquer une si grave opération, toutes les épreuves ont été faites. Il appuie sur le fait qu'il s'agit de la latence des abcès cérébraux et non pas de la symptomatologie des abcès cérébraux.

#### POPOLITZA (*Cluj*). — Procédé personnel pour la dilatation des sténoses œsophagiennes.

Dans un cas de sténose, sans perméabilité, au-dessus de laquelle se trouvait une dilatation, l'auteur a introduit une sonde filiforme, qu'il a fait sortir à l'aide d'un fil, par l'orifice du gastrostomie. La sonde, laissée à demeure pendant longtemps, a produit un très grand élargissement de la sténose.

DAVID-GALATI soutient qu'il ne peut pas exister de sténose avec obstruction totale. Il a montré au premier Congrès roumain d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'année dernière, que la dilatation au Nelaton doit être faite le plus tôt après l'accident susceptible de provoquer une sténose pharyngienne, le jour même si possible. Cette notion de la dilatation préventive des sténoses doit être vulgarisée.

PREDESCU-RION. — Le procédé au fil n'est pas original. Il a été employé bien avant Popolitza.

VASILIU. — Le procédé a été décrit en France (Progrès Médical, 1922) avant Popolitza. David attache les sondes l'une à l'autre en les introduisant par le nez, pendant que Popolitza les introduit par la bouche.

TETU est contre l'essai de la perméabilité de la sténose par le lait. Celui-ci étant un aliment, est coagulable et absorbable par la muqueuse œsophagienne. Il n'y a pas d'obstruction complète, car à ce moment le malade meurt.

MAICANESCU. — Il n'est plus admis de sonder une sténose sans œsophagoscopie. Il introduit une sonde urétrale et dans celle-ci, à l'aide de la seringue, du lait. Il associe à ces dilatations les injections de fibrolysine si employées chez nous par Orescu.

POPOLITZA dit que le cas qu'il a traité était un cas très grave, chronique et négligé. L'originalité de son procédé consiste en ce qu'il laisse la sonde à demeure.

SCHILLER (*Braila*). — **Un cas de rhinite atrophique consécutif à un corps étranger et quelques mots sur le traitement par la paraffine.**

Il s'agit d'un bouton de chemise en nickel introduit dans le nez par le malade il y a treize ans, à l'âge de 7 ans, et qu'il croyait sorti. Les symptômes étaient ceux de l'ozène le plus authentique. Il l'a guéri par le traitement qu'il a employé dans plus de 30 cas d'ozène et qui lui a donné les meilleurs résultats. Voilà ce traitement. Il introduit dans chaque narine, alternativement, un gros tampon d'ouate imbibé d'une solution de thymol dans de l'huile d'olive 1 % et qui reste en place pendant vingt-quatre heures. S'il y a des ulcérations le malade se fait des lavages du nez avec le vase de Fraenkel, avec une solution de teinture d'iode 2 à 3 ‰ suivies d'introduction d'une pommade à l'aristol 1/40 aromatisée. En huit à dix jours les ulcérations disparaissent. Schiller commence alors à faire des injections de paraffine, à plusieurs reprises, dans les cornets atrophies, ou dans les parois du septum jusqu'à ce qu'il obtienne le calibre voulu de la narine. De 30 cas, 12 n'ont pas retrouvé l'odorat, la fétidité a disparu, les sécrétions se sont normalisées et n'ont plus eu besoin de traitement. Les autres sont en bonne voie de guérison et se traitent avec les lavages iodés et la pommade d'aristol.

VASILIU demande pourquoi Schiller fait les injections à plusieurs reprises et plusieurs piqûres dans la même séance. Il croit que le traitement paraffinique est tombé en désuétude car, la muqueuse érectile des cornets, distendue par la paraffine, n'est plus irriguée par la circulation sanguine. Souvent la paraffine tombe.

TETU a vu également des corps étrangers des fosses nasales produire de la rhinite atrophique.

NEUMANN. — Il existe des ozènes avec de l'hypertrophie des cornets. Neumann cite le cas d'un ozéneux à qui il a dû enlever la paraffine introduite dans les cornets, car les narines étant complètement obstruées. Neumann est d'avis que l'agent pathogène de l'ozène est le collibacille et dit avoir obtenu des succès avec le traitement au vaccin.

DAVID-GALATI. — **Otite moyenne des nourrissons.** (*Rapport*).

L'otite du nourrisson a parcouru 3 étapes avant d'entrer définitivement dans le cadre pathologique. La première étape est celle de l'anatomie pathologique, de la salle d'autopsie qui a montré la fréquence de l'otite chez les nourrissons. L'opinion de Frötsche, qu'on ne peut pas otoscopier un nourrisson, a fait que jusqu'à 1889 cette étape n'a pas beaucoup servi à la cause. Il faut ajouter l'opinion prédominante dans cette étape que l'otite du nourrisson est un accident *post mortem* et non pas d'infection. La dernière étape, celle de l'otologie, dans laquelle Hang et Gomperz font l'otoscopie et décrivent les caractères du tympan du nourrisson. La troisième étape enfin, celle d'aujourd'hui, date depuis 1921, est celle des pédiatres, alarmés de la fréquence des suppurations des tympans dans les salles d'autopsies. Les statistiques montrent 75 % à 99 % des nourrissons morts avec des suppurations de l'oreille. La moyenne des statistiques donne 80 %. Statistique personnelle :

Groupe des nourrissons jusqu'à 6 mois.		Gr. des nourrissons de plus de 6 mois.	
61 nourrissons = 122 oreilles examinées		168 nourrissons = 336 oreilles examinées	
91 tympans mats 74 %	} 88 % tympans anormaux	230 tympans mats 68 %	} 81 % tympans anormaux
14 — roses 13 %		36 — roses 11 %	
2 — bombés.		3 — bombés 2 %	
		5 — perforés 2 %	
31 % des tympans n'ont pu être vus.		3 % des tympans n'ont pu être vus.	

Devant ce pourcentage Gruber s'exclame : Je ne puis pas admettre que la nature ait arrangé de telle façon les choses que l'organe auditif des nourrissons soit plus souvent malade que *sam* ! *Étiologie* a) *Causes anatomiques*. La trompe est courte 18 millimètres. (Chez les adultes 36 mm.). Elle est large 8/10 de millimètres (adulte 4). La partie cartilagineuse est plus petite, sa partie membraneuse est plus développée. Sur les parois de la caisse et de l'antre persiste jusqu'à la fin de la première année un tissu muco-gélatineux de structure embryonnaire. Le tympan est épaissi. L'os temporal est en pleine activité de développement et congestionné. Le cavum contient des végétations adénoïdes. b) *Causes physiologiques*. Au moment de l'expulsion, par les contractures utérines, le liquide amniotique peut être poussé dans l'oreille moyenne, où l'on trouve des cellules vaginales. Tout cri de l'enfant congestionne le tympan. Les efforts de vomissement introduisent le contenu du cavum dans l'oreille moyenne. La respiration du nourrisson est purement nasale. Lorsque le canal devient insuffisant, l'oreille se congestionne par le vide d'où épanchement et légère infection par le microbisme naso-pharyngien. c) *Causes humorales*. Le nourrisson est dans un état inférieur d'immunisation et l'oreille moyenne est un dépôt d'infection. d) *Causes sociales*. Le nourrisson est porteur des microbes au moins maternels. Le fait de donner le lait à la cuillère. Habitude de tenir le bébé couché. Le cavum est un caecum aérien et l'oreille en est l'appendice.

*Symptômes*. — Que de malheurs seraient évités, dit Gomperz, si on examinait les oreilles des nourrissons toutes les fois qu'il y a douleur, température, agitation et quelquefois des symptômes cérébraux !

Comby : Pensons à l'otite toutes les fois qu'un bébé est malade.

a) *L'otite par corps étranger* (Aschof) des enfants jusqu'à l'âge de 2 semaines. Sur 118 nourrissons, Gomperz a trouvé chez 30 des signes d'inflammation. Symptômes : légère indisposition intestinale, des cris ;

b) *Otite franche*, infection violente d'un organe avec voisinage endocranien. Congestion, tuméfaction, donc douleur. Troubles du sommeil. La succion provoque de la douleur d'où succion contre-latérale (Pins). Agitation, cris jour et nuit, température et quelquefois ganglions préauriculaires (Reverchon, Worms). Le voisinage du cerveau, les larges relations vasculaires, les parois osseuses minces et les déhiscences donnent l'*hyperhémie de la dure-mère* ; d'où vomissements, convulsions cloniques, sopor et exitus si le tympan ne cède pas ou si la paracenthèse n'intervient. c) *Forme latente*, la plus grave et la plus importante parce que *sans symptôme propre*. On la trouve d'habitude chez un enfant atrepsique, diarrhée, allure de broncho-pneumonie. C'est la *décérépitude du nourrisson* analogue à la sénilité précoce de l'infection lente de l'adulte. Le pédiatre recommande une diète, le changement de la nourrice et récolte quelquefois des succès. Les voies respiratoires préoccupent d'autres médecins avec raison et à l'autopsie RASCH trouve chez 99 % des morts, à côté de broncho-pneumonies, de graves lésions otiques. Si les derniers moments ont été troublés de phénomènes cérébraux, ne pas oublier que WREDEN a trouvé que toutes les méningites suppurées des nourrissons sont de nature otique. Là où l'on n'a trouvé, comme explication des phénomènes cérébraux, qu'une congestion des méninges, on a trouvé également une otite. SIMMONDS trouve chez les atreptiques des lésions rénales consécutives aux otites. M. RAYNAUD (Séance Soc. Médecine des H. de Paris, oct. 1921) dit que chez 70 atrepsiques sur 70 il a trouvé des lésions graves des oreilles et des tympanes, et CHATIN et RENDU chez 19 nourrissons sans otorrhée, souffrant de broncho-pneumonie, entérite, atrepsie, trouvent 18 avec oto-antrite suppurées. M. RAYNAUD nous dit : « L'histoire clinique très banale de tous ces enfants étaient la même. Ces nourrissons morts étaient, le plus souvent, avec des antécédents chargés, dans un état d'hygiène défectueux. Tous entraient à l'hôpital avec un syndrome plus ou moins aigu, avec des vomissements, diarrhée verte, liquide, granuleuse, d'un aspect souvent dysentérique. Ils étaient affaiblis et présentaient les signes d'un état toxi-infectieux d'une gravité variable » et chez tous les morts, au nombre de 70, pas une lésion plus importante en dehors de la lésion otique.

Cette forme latente, très grave n'a pas son histoire clinique : l'oreille ne coule presque jamais et le tympan reste imperforé. Le caractère général de cette forme est (Wreden, Marcos Stemberger, Salamo) état général grave, état local otorrhéique nul ou minime, des lésions vastes du temporal.

Cette forme d'otite avec tableau otique effacé a donné naissance à des discussions si l'otite est *cause ou effet*, si elle est la conséquence d'une débilité, ou si l'otite est la cause de la décérépitude.

*Le cavum (ou rhino-pharynx) est un cæcum de la voie respiratoire et l'oreille moyenne en est un appendice.* — Le cæcum est un endroit de stagnation des agents infectieux et l'oreille moyenne, greffé sur un cæcum comme un appendice, se ressent de ce voisinage.



HASSLAUER arrive à la conclusion que l'oreille moyenne de l'homme n'est pas stérile. L'oreille moyenne subit la première congestion, par la pénétration du liquide amniotique, pendant les contractions violentes de l'utérus pendant l'accouchement. C'est l'otite par corps étranger d'Asch. Lorsqu'une infection plus brutale violente ultérieurement l'oreille, nous assistons à la 2<sup>e</sup> phase, à l'*otite moyenne franche* des nourrissons, avec perforation du tympan. C'est un court épisode et qui finit bien. Mais lorsque l'infection est moins virulente, la réaction est moins aiguë. Il s'établit alors une otite chronique latente avec laquelle l'enfant s'accommode, la trompe, courte et large, sert de canal d'écoulement. Le bébé devient pyophage et son organisme cherche à s'immuniser et à lutter. Alors, ou bien l'organisme triomphe par le drainage de la trompe, ou bien l'oreille, tout en envoyant des toxines et des microbes dans l'organisme, donne une bactériémie chronique. On a alors des atrepsies intestinales, que vit RAYNAUD, et que HOMEN et LATMEN purent provoquer par l'injection aux animaux de toxines de streptocoques cultivés de l'oreille.

*Otoscopie.* — Il faut des spéculums courts, calibrés entre 1 1/2 à 4 millimètres et une lumière très vive. L'aspect est alors celui des tympan dans l'otite aiguë des adultes, avec prédisposition et perforation dans la membrane de Shrappnell. Dans les formes latentes le tympan est mat, quelquefois bombé ou normal.

*Pronostic.* — La forme aiguë guérit relativement vite. L'hérédité syphilitique et bacillaire assombrit le pronostic. Dans la forme latente le pronostic est sérieux. C'est le chapitre menaçant du dépôt d'infection avec la suppuration du temporal, avec l'invasion de l'endocrâne, atrepsie. Par le cavum, par les végétations et par ses liaisons vasculaires, l'hypophyse est attirée dans le tourbillon (Citelli) avec tout le cortège endocrinique. Le pronostic *quoad functionem* est sévère dans la forme latente, qui est neuf fois sur 10 cas bilatérale. Beaucoup de sourds-muets lui doivent peut-être leur infirmité.

*Diagnostic.* — Chez tout nourrisson malade, pensons à l'oreille (Comby). Lorsque le tympan est muet, le ponctionner. Utiliser le réflexe cochléo-palpébral. Lorsque l'examen otique chez un atrepsique est négatif, ouvrir la mastoïde (Raynaud).

*TRAITEMENT : Prophylactique.* — Tenir loin du bébé toute personne grippée, éviter le décubitus dorsal autant que possible, l'allaiter en position verticale. Au moindre rhume instillation nasale de collargol 1/25, ou d'argyrol 1/10 dans l'œil (Rendu). Nettoyer les fosses nasales à l'aide de la poire de Politzer.

*Curatif :* à l'état congestif compresse humide à la liqueur de Burrow, ou inonder l'oreille à la solution alcoolique de menthol 1/50. A la période de suppuration paracentèse avec drainage. Si besoin irrigation ou aspiration avec l'appareil de Sondermann, Politzer. Insufflation de vioforme. Si mastoïdite chercher l'antre. Dans la forme latente faire la paracentèse et rapidement trépaner même des deux côtés (Raynaud).

ROBERT RENDU (*de Lyon*). — **De la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite du nourrisson.**

L'otite moyenne purulente est très fréquente chez le nourrisson ; 80 à 95 % d'entre eux présentent à l'autopsie une oto-antrite puru-

lente double, sans écoulement d'oreille. Cette otite est si souvent méconnue parce que : 1° le nourrisson est incapable d'indiquer le siège de la douleur ; 2° la perforation spontanée du tympan est chez lui exceptionnelle, 5 % des otites aboutissent à la perforation. L'otite du nourrisson est presque toujours une otite chronique d'emblée, un véritable abcès fistulisé dans le tube digestif ; 3° les signes otoscopiques de l'otite du nourrisson sont très infidèles. La paracentèse a constitué pendant longtemps le seul procédé de diagnostic. La paracentèse a des inconvénients : 1° Elle est parfois refusée par la famille craignant la perte définitive de l'audition. 2° Elle peut parfois être accusée d'être une cause d'infection de l'oreille moyenne. 3° Le pus est souvent si épais qu'il ne peut pas se frayer un chemin à travers la mince fente de la paracentèse. 4° On n'obtient souvent au début que du liquide sanguinolent. Lorsque douze ou vingt-quatre heures après le pus commence à venir, l'auriste sera accusé d'avoir infecté l'oreille. 5° Un examen bactériologique du pus se fait dans des meilleures conditions après ponction du tympan qu'après paracentèse. La ponction aspiratrice du tympan présente de nombreux avantages : une simple piqûre est mieux acceptée qu'une incision du tympan. Si l'oreille est indemne elle est moins exposée à une infection par une piqûre, que par une incision. Le pus le plus épais et le plus visqueux peut être aspiré. On peut faire des prélèvements aseptiques dans la caisse même. Enfin et surtout la ponction permet de montrer le corps du délit sous la forme d'une gouttelette de pus.

Cette ponction se fait, depuis que Maurice Renaud l'a préconisée, dès 1921, sous le contrôle de miroir, avec une simple seringue de Pravaz munie d'une aiguille de 5/10 de millimètre. Rendu (de Lyon), se sert d'une aiguille à biseau court, coudée à angle obtus et montée sur une seringue à 3 anneaux (seringue métallique de Gibert pour résection sous-muqueuse de la cloison).

La technique est la suivante : immobiliser la tête de l'enfant. Faire coucher l'enfant sur une table, la tête soulevée, et se placer du côté de sa nuque. Par un fin spéculum bien propre, chercher les points de repère la région tympanique, enfoncer l'aiguille de 2 à 3 millimètres dans le tympan, soit au niveau de la voussure, s'il en existe une, soit au niveau du quadrant postéro-supérieur. L'extrémité inférieure du mur de la logette peut être prise pour la partie supérieure du tympan. La résistance osseuse nous en avertira. Reponctionner plus bas. On aperçoit mieux le tympan du nourrisson si on refoule avec le spéculum et un doigt appliqué au-devant du tragus, le conduit auditif en avant et en bas. Dès qu'on a traversé le tympan, commencer l'aspiration. Lorsque le pus est épais ou visqueux, il bloque l'aiguille. Mais la partie aspirée est suffisante pour s'assurer qu'il y a du pus et pour en faire l'examen. Si la première ponction est négative, on peut en refaire une seconde à côté.

L'auteur admet que la ponction doit être préférée à la paracentèse, celle-là étant à celle-ci ce que la ponction pleurale est à l'opération de l'empyème. Une fois le diagnostic établi, la ponction cédera la place à la paracentèse. La ponction aspiratrice du tympan est indiquée toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un syndrome infectieux de cause mal déterminée, accompagné ou non de symptômes

bronchitiques, gastro-intestinaux ou convulsifs chez un nourrisson.

**PREDESCU-RION.** — L'infection otique chez les nourrissons se fait aussi par le naso-pharynx. La glande de Luschka est le point de départ de l'infection.

**SPIRT (Craiova)** lit l'observation d'un nourrisson de 3 mois, ayant de la température, des crampes, de la diarrhée, des vomissements, souffrant d'insomnie et poussant continuellement des cris. L'abdomen est ballonné. Rien au thorax. Touchant la mastoïde droite l'enfant pousse des cris de douleur et se défend de sa main. Il y a un ganglion pré-auriculaire, à l'examen otoscopique le tympan gauche blanc et pâle, le tympan droit rouge et bombé. Après paracentèse, il sort un liquide séro-sanguinolent, qui devient purulent le lendemain. L'enfant après la paracentèse a eu un sommeil de six heures et tous les symptômes se sont amendés. Spirt a vu pendant cette année 3 cas encore. Chez un il a fait une ponction aspiratrice du tympan, chez les deux autres des paracentèses. Il en conclut : 1° La nécessité d'examiner otoscopiquement les nourrissons dans les cas toxi-infectieux. 2° Les otites moyennes sont très fréquentes chez les nourrissons, d'après les statistiques 70 à 80 %. 3° D'après Maurice Renaud, les otites moyennes et les suppurations du rocher jouent un rôle essentiel dans la pathologie des nourrissons ; elles sont exclusivement le facteur de la mort et elles expliquent mieux que les tares héréditaires, les dyspepsies, la syphilis et la tuberculose exceptionnellement rencontrées, la grande mortalité infantile.

**DAVID-GALATI** répond que le nourrisson est vierge à l'immunité. Le cavum est un tourbillon des organes respiratoires supérieurs. Au début l'otite est aseptique et sans conséquences. Elle peut devenir après latente et sans symptômes.

### **SUCIU-SIBIANU.** — Relations entre les affections oculaires et les affections oto-rhino-laryngologiques.

L'auteur montre d'abord les analogies physiques, anatomiques, physiologico-pathologiques et physio-pathologiques entre l'œil et l'oreille. Ensuite il énumère les relations cliniques entre les maladies de l'œil et celles de l'oreille. Une affection peut se transmettre de l'œil à l'oreille et *vice versa* par infection et par voie réflexe (par l'intermédiaire du nerf trijumeau, cochléaire et vestibulaire). Les névralgies des régions sus et sous-orbitaires, le larmoiement, la photophobie, puis le blépharospasme et la déviation conjuguée des yeux dans les cas d'otite moyenne, le myosis après le cathétérisme de la trompe d'Eustache, la macro et la micropsie ainsi que l'hippus de l'iris dans les troubles du labyrinthe montrent d'une façon évidente ces relations cliniques. Suciu-Sibianu cite d'après la littérature médicale des cas d'ophtalmie sympathiques et de rétinites pigmentaires, qui eux aussi prouvent la réciprocité de ces affections par le fait de leur complication avec la surdité. L'auteur cite 12 expériences faites par lui-même dans des cas de kératite parenchymateuse. Il passe ensuite aux relations entre les sinus de la face et le nerf optique. Il montre quelques cas d'influence des affections amygdaliennes sur l'œil. Mais cette question, avec une large bibliographie ne se prête pas à un résumé.

Le professeur MANOLESCU fait une critique serrée de la communication précédente. Il combat l'existence des relations indiquées dans certains cas et soutient que ces relations sont plutôt le résultat du jeu de l'esprit que de la réalité.

**LAURIAN-SEGALL. — Un cas d'ostéomyélite du maxillaire supérieur, avec nécrose de sa paroi nasale et sequestration totale du cornet inférieur.**

L'auteur communique ce cas, parce que le maxillaire supérieur est l'os le plus rarement atteint de nécrose secondaire. Comme affection primaire, elle est encore plus rare ; à peine quelques cas dans toute la littérature. Hirschprung, de Copenhague, explique la rareté de cette maladie, qu'on ne rencontre que chez des jeunes, par le fait que le diploë étant plus spongieux et plus vasculaire que chez l'adulte, les parois du maxillaire supérieur sont si fragiles, que tout processus inflammatoire les trouve facilement pour arriver à la surface.

Le femme M. P..., 19 ans, se présente à la consultation pour de la cacosmie subjective et objective. Le cabinet de consultation, dès son arrivée, se remplit d'une odeur fétide, rappelant celle dégagée pendant la guerre par les plaies gangréneuses. Aucun antécédent. Wassermann négatif. Il y a eu une chute sur la région sous-orbitaire gauche contre un escalier. Tuméfaction du visage gauche, douleur. L'aile nasale gauche, très tuméfiée avec disparition du pli naso-génien. Température et maux intenses de tête pendant quelques jours. Depuis rhinorrhée purulente et fréquentes épistaxis. Quelques semaines après l'accident, au niveau de la branche ascendante du maxillaire, on pouvait remarquer une cicatrice enfoncée, avec perte de substance osseuse, avec une fistule suppurante. Plus tard la suppuration a cessé, mais la respiration devint plus difficile et fétide. Examinée en mai 1923, la malade présente une légère asymétrie de la face, due à la cicatrice rétractile située au dessous de l'angle interne de l'œil gauche, et de la proéminence de la fosse canine gauche, par grossissement de l'os maxillaire, constatée par la palpation. Dents normales.

A la rhinoscopie antérieure, la vue tombe dans une cavité où l'on ne peut distinguer les éléments de la paroi latérale nasale. La fissure olfactive est occupée par une masse rugueuse. Après cocaïnisation on extrait à l'aide de la pince quelques fragments osseux, noirs, dentelés et dépourvus de muqueuse. Deux de ces fragments reconstituent le squelette du cornet inférieur ; à un nouvel examen la vue pénètre dans toute la cavité du sinus maxillaire dont la paroi nasale est détruite depuis le plancher nasal jusqu'au niveau de l'articulation du cornet inférieur avec l'ethmoïde. Pas de pus. La respiration devient libre et depuis toute fétidité est disparue. Les suites furent les meilleures.

D'après Auvray, les étapes du procès ostéomyélique sont d'abord une période de congestion intense, suivie de la formation d'un abcès sous-périostique et intra-osseux et de la destruction du tissu osseux finissant par la production de séquestre. Chez la malade en question, deux de ces étapes peuvent être mises en évidence: première étape de l'abcès sous-périostique, intéressant la branche ascendante du maxil-



laire supérieur allant jusqu'à la fistulisation et ensuite jusqu'à la cicatrisation visible encore aujourd'hui ; deuxième étape, évoluant vers la destruction de la paroi nasale du maxillaire supérieur et finissant par la séquestration totale du cornet inférieur.

Impossible de soutenir qu'il s'agissait d'une sinusite maxillaire qui aurait déterminé l'ostéomyélite secondaire, car le sinus était libre de toute sécrétion purulente. Le Wassermann négatif exclut toute syphilis et tertiariisme. L'état général de la malade ainsi que ses antécédents parlent contre la tuberculose. Il ne reste que la possibilité du traumatisme violent, qui aurait stimulé les agents habituels de l'ostéomyélite aiguë, se trouvant normalement dans les cavités buccales et nasales.

Dans les 9 cas trouvés dans la littérature jusqu'en 1910, l'affection a été étiquetée d'abord comme secondaire à une sinusite maxillaire. Mais l'autopsie dans un cas, la clinique dans les autres, ont démontré ensuite, comme dans le cas présent, l'existence possible de l'ostéomyélite primitive du maxillaire supérieur sans concomitance d'une affection sinuséale.

#### L. MAYERSOHN. — Polypose nasale récidivante.

Mayersohn présente aux membres du Congrès un homme de 57 ans, qui depuis vingt-huit ans fait des polypes muqueux des fosses nasales. Mayersohn, depuis dix-huit ans qu'il est son médecin, lui enlève régulièrement les polypes du nez deux, trois et quatre fois par an, le cautérise, le râcle, lui arrache les racines sans réussir à éviter les récurrences. Au début le patient souffrait d'une anosmie pendant la période de plénitude des fosses nasales. Aujourd'hui l'anosmie est permanente. De même pour les petites crises asthmatiques. La muqueuse nasale est dégénérée. On a essayé d'extirper un carré de muqueuse nasale dégénérée, sans succès. On connaît la polypose nasale récidivante deux, trois, cinq fois ; mais à un certain âge, 30-35 ans, les polypes cessent de repousser. On connaît depuis le dernier Congrès d'Olo-Rhino-Laryngologie de Paris la polypose récidivante des jeunes, si bien décrite par Canuylt. Je n'ai pu trouver dans la littérature une disposition comme dans mon cas, chez lequel des polypes se reproduisent pendant vingt-huit ans, chez un homme âgé aujourd'hui de 57 ans, sans espoir de voir cesser ce pullulement de polypes.

PREDESCU-RION demande si on a fait le curettage du sinus maxillaire, sphénoïdal et ethmoïdal d'où émergent habituellement les polypes.

LAURIAN-SEGALL fait quelques remarques sur le cas présenté et présente un polype de consistance fibreuse, long de 8 centimètres, extrait de la fosse nasale d'une jeune fille de 14 ans. On ne pouvait préciser l'insertion de ce polype solitaire. Récidive après quatre jours. Extraction. Nouvelle récurrence douze jours après le polype sortant du méat moyen. Ouverture du sinus. Présence d'une muqueuse dégénérée sans sécrétion. Laurian-Segall préconise donc le râclage du sinus maxillaire.

MAYERSOHN attire l'attention sur ce qu'il ne s'agit pas dans le cas présenté d'un polype solitaire récidivant gros et unique, mais de nombreux polypes entre 5-8 et 17 une fois. Les insertions de ces polypes étaient

le plus souvent très visibles sur divers points de la muqueuse nasale et ne sortaient jamais des méats. Il est question d'une dégénérescence polypoïde de la pituitaire. Le climat humide de Sinaï paraissait favoriser la croissance de ces polypes. Depuis que le patient habite Bucarest, la nécessité de l'extraction des polypes est plus espacée, mais existe toujours.

**D<sup>r</sup> FEMPEA. — Le traitement de l'ozène par les vaccins. (Rapport).**

**VASILIU. — Le traitement de l'ozène par le radium.**

Vasiliu, par suite de la constatation dans l'ozène de l'atrophie des follicules glandulaires et lymphatiques de la muqueuse des fosses nasales, a eu l'idée d'employer comme moyen excitateur de cette muqueuse, le traitement par le radium. Il est connu que celui-ci employé en petite dose, agrandit la vitalité des tissus animaux ou végétaux. Aidé par le D<sup>r</sup> Severeanu, qui a mis son radium à la disposition de l'auteur, il a employé des aiguilles de 50 milligrammes de radium et des tubes de 75 milligrammes, qu'il a introduits dans les fosses nasales enveloppés dans un manchon d'ouate. Le traitement se faisait en 2 ou 3 séances, à dix ou vingt jours d'intervalle, chaque séance durant de quatre à huit heures. Les résultats sont des plus encourageants. Les cas, peu nombreux, ont été des plus typiques et des plus rebelles aux autres traitements. La première malade, renvoyée de l'école et puis des bureaux, quoiqu'elle fit deux irrigations nasales par jour, aujourd'hui, un mois après la première et unique séance de radiumthérapie, n'a plus aucune odeur, est rentrée à l'école et n'a plus fait aucun lavage du nez.

Vasiliu espère que dans un avenir très proche, lorsque le maniement du radium sera mieux réglé et lorsque ce précieux et noble métal sera plus à la portée des expérimentateurs, la guérison de l'ozène sera mise au point par ce traitement par le radium.

**Obs. I. — M<sup>lle</sup> P. N...**, 19 ans, malade dès l'enfance, a suivi dans tous les hôpitaux tous les traitements, y compris un grand nombre d'injections antisyphilitiques. Pas d'antécédents héréditaires. Menstruée à 14 ans. Aucune maladie d'enfance. Renvoyée de l'école à cause de la mauvaise odeur qu'elle exhalait. Elle n'a pu occuper aucune fonction à cause de l'ozène. Aspect des fosses nasales d'une ozène typique. Réaction de Wassermann, intense, positive. Première séance au mois de septembre : aiguille de radium 50 milligrammes dans une narine de dix heures du matin jusqu'à cinq heures. Après l'enlèvement de l'aiguille et le lendemain écoulement du nez d'une sécrétion liquide. Une semaine après, deuxième séance. La quantité de radium introduite dans l'autre narine était de 70 milligrammes et y est restée de onze à six heures. Après la sortie du tube écoulement de sang. A l'examen on constate une petite érosion sur le plancher. Le tube de radium a été en contact direct avec la muqueuse qu'il a irradiée. Une semaine après, on constate, surtout à la narine où on avait déposé le tube, manque complète de croûtes, toute mauvaise odeur disparue. Un mois après, quoique aucun lavage ne fut plus fait, les résultats se maintiennent.

**Obs. II.** — M<sup>lle</sup> S. G..., 18 ans. Malade depuis cinq à six ans. L'entourage lui a attiré l'attention sur l'odeur qu'elle dégage. Pas d'antécédents. Menstruée à 13 ans. Pas de maladies infectio-contagieuses. Elle a suivi toutes sortes de traitements y compris des lavages et plus de 40 injections d'auto-vaccin, sans résultat. Les cornets inférieurs sont atrophies, les cornets supérieurs grossis, la cavité des fosses nasales pleines de croûtes mal odorantes. Traitement par le radium : 2 séances de quatre heures chaque. Résultat excellent. Un mois après le traitement, sans aucun lavage, aucune odeur, les croûtes sont petites, molles et très facilement détachables.

Il est à remarquer que chez la première malade l'ozène, sur un terrain syphilitique, n'a cédé aucunement au plus vigoureux traitement anti-spécifique, et elle a cédé à la suite de 2 séances de radium-thérapie.

L'avenir et les confrères multiplieront le nombre des observations et des résultats favorables.

BERNEA et MAICANESCU disent avoir fait de nombreux essais de traitement de l'ozène par les vaccins, sans avoir obtenu aucun résultat remarquable.

Professeur METIANU a suivi quelques-uns des malades cités par Tempea et a remarqué chez un surtout une amélioration remarquable. Il s'agissait d'un oto-scléreux ozéneux chez lequel l'ouïe a été améliorée.

DAVID-GALATI. — L'oto-sclérose et l'ozène sont les plus difficiles des affections de notre spécialité. Il n'est pas surpris de voir l'oto-sclérose avoir cédé chez un ozéneux par le vaccin. Il voit l'avenir de la thérapeutique anti-oto-sclérosique dans la protéinothérapie.

VA-ILIU. — La radiumthérapie a donné les meilleurs résultats là où la vaccinothérapie n'en a donné aucun.

#### PREDESCU-RION. — La vaccinothérapie dans la furonculose du nez et de l'oreille externe.

Predescu-Rion a traité pendant quinze mois (III, 1922 ; VI, 1923) 23 cas de furonculose du nez et 64 de l'oreille externe, par le vaccin anti-staphylococcique (laboratoire Cantacuzine) et 2 cas de furonculose de l'oreille externe par l'auto-vaccin. En voilà les résultats :

Dans la furonculose du nez : 12 guérisons après une injection, 12 guérisons après 4 à 7 injections, 6 guérisons après 8 à 9 injections, 1 insuccès.

Dans la furonculose de l'oreille : 5 guérisons après 1 à 2 injections, 41 guérisons après 2 à 6 injections, 12 guérisons après 7 à 8 injections, 3 insuccès provisoires, 2 insuccès définitifs.

La quantité de vaccin injecté a été chez les femmes : première injection, 1 demi-centimètre cube, deuxième injection, 1 c. c. 1/2, chez les hommes dès la première injection, 1 à 1 c. c. 5.

La réaction a été chez presque tous énergique : courbature, inappétence, fièvre, insomnie. Les femmes ont réagi plus fortement. Chez plus de 60 % j'ai remarqué le phénomène d'Artus. Les 2 cas d'auto-vaccinothérapie ont été suivis d'insuccès. Les affections énumérées plus haut dataient de deux à vingt jours. Les injections ont été faites journellement, les 3 premières, puis tous les deux jours. En

dehors de 5 cas où la récurrence s'est produite entre dix à vingt-cinq jours après la cessation du vaccin, les autres ont guéri avec le nombre d'injections indiqué. J'ai appliqué le vaccin au furoncle unique ainsi qu'à l'otite externe diffuse mais sans succès. Les plus beaux succès je les ai eu dans les formes diffuses.

**PREDESCU-RION. — Sur une épidémie de rhino-pharyngo-otite catarrhale aiguë.**

Predescu-Rion a eu l'occasion d'examiner de mai à octobre plus de 100 cas entre 18 et 64 ans présentant les mêmes symptômes. La maladie débutait par une courbature plus ou moins accentuée suivie, dix à quarante-huit heures après, par une sensation de plénitude à une ou aux deux oreilles. Chez certains malades, un coryza aigu masquait pour un jour ou deux l'affection de la trompe d'Eustache. Ce qui était caractéristique chez certains de ces malades ce fut le nasonnement de la voix sans sécrétions nasales et sans obstruction du nez. Chez 10 % des cas (12) phénomènes de sinusite frontale généralement double. Dans 3 cas phénomènes aussi de sinusite maxillaire double. La muqueuse du nez hyperhémisée surtout la moitié postérieure du cornet inférieur et le cornet moyen. La sécrétion du nez était augmentée. Chez presque 20 % des malades, l'odorat plus ou moins altéré. L'application de cocaïne ne rétablissait pas toujours l'odeur normale. A la rhinoscopie postérieure la muqueuse était beaucoup plus hyperhémisée qu'à la rhinoscopie antérieure. La sécrétion aussi était plus abondante. Le pharynx également hyperhémisé. Le symptôme le plus généralisé était l'obstruction d'une ou de deux oreilles (80 %). L'ouïe était considérablement diminuée. Pendant le mouchage du nez et pendant qu'ils avalaient les malades sentaient des claquements dans les oreilles si désagréables que quelques-uns d'entre eux préféraient ne pas manger.

**PREDESCU-RION. — La guérison des adénites tuberculeuses par l'iodéol.**

Predescu-Rion vante beaucoup ce produit français avec lequel il a guéri 86 cas en dix ans. Il en cite 4 observations d'adénites cervicales, strumeuses, fistuleuses, etc. Il introduit l'iodéol par injections fessières tous les deux jours. Les résultats sont toujours excellents.

**A. SOCOLOVSKY. — L'otite scarlatineuse et les méthodes modernes de son traitement.**

A. Socolovsky fait une intéressante communication sur ce sujet. En voilà les conclusions :

1° Un médecin qui emploie les méthodes d'hyperhémie prend sur lui une double responsabilité : a) Par suite de la disparition de la douleur le vrai tableau du procès est masqué ; b) il facilite le développement des complications cérébrales ;

2° La méthode hyperhémique peut être employée dans les cliniques seulement sous la condition du contrôle permanent du spécialiste et cela dans des cas rares ;



3° La protéinothérapie est sans doute très utile dans les otites scarlatineuses. L'efficacité du lait naturel et des différentes préparations est la même. Si la première injection a provoqué une réaction trop intense, il est nécessaire d'attendre pour faire la deuxième. Il est important d'établir préalablement des indications et des contre-indications exactes pour la protéinothérapie ;

4° La sérothérapie doit être appliquée en injections sous-cutanées. Celles-ci n'influenceront pas les otites scarlatineuses ;

5° Les effets du vaccin peuvent être spécifiques ou non spécifiques. La septicémie, les maladies du cœur et des reins et les cachexies sont des contre-indications ;

6° Les vaccins sont de deux sortes : a) stok-vaccin (hétéro-vaccinothérapie) et b) auto-vaccin ;

7° Les auto-vaccins sont spécifiques pour le malade ; les stock-vaccins pour la maladie ;

8° Il est recommandé de commencer le traitement par le stock-vaccin en attendant la préparation de l'auto-vaccin ;

9° La meilleure technique pour l'introduction du vaccin est l'injection sous-cutanée. Le bouillon de Delbet donne une réaction faible ; lipomonovalent, nulle ; lipopolyvalent, très intense. Au point de vue de l'action spécifique sur le processus dans l'oreille moyenne, le meilleur vaccin est le lipomonovalent de Sézary ;

10° L'auto-vaccin donne des résultats admirables (50 %). Réaction nulle ;

11° Le dosage des médicaments bactéricides doit être fait avec grande prudence. Une dose trop petite n'a pas d'action. Les doses trop fortes provoquent de l'intoxication ;

12° L'action spécifique des moyens bactéricides est problématique. Leur influence bienfaisante sur le processus constitutionnel ne laisse pas de doute.

13° De tous les médicaments bactéricides le meilleur est la combinaison de l'iode avec les albumines (Ialren Coserau).

#### STELIAN GHEORGHIU. — Un cas de rhino-trachéo-broncho-sclérome.

Gheorghiu présente un jeune homme, âgé de 21 ans I. G... d'Elesata, (Tulcea) de la Dobroudja. Le 10 mai il vint consulter parce que, depuis 3 ans, il sent un « ronflement » dans la poitrine et que depuis six mois il suffoque, surtout lorsqu'il est couché sur le côté gauche. Ses ascendants et ses collatéraux n'offrent aucun intérêt ; lui-même nie tout antécédent morbide intéressant. Son origine dobroudjienne cadre avec la topographie géographique donnée à cette maladie. Il n'a voyagé nulle part et il n'est pas venu en contact avec d'autres personnes atteintes de cette maladie. Le cas est donc autochtone. L'individu est maigre, anémique et d'une musculature très réduite. Rien aux autres organes. Le Wassermann est négatif. Pas de Koch dans les crachats.

Ce qu'impressionne chez ce malade c'est sa respiration bruyante, qu'on entend à distance. Tout effort, même la marche le fatigue beaucoup. A l'examen rhinoscopique voici ce qu'on constate. La fosse nasale droite très étroite, la gauche a le septum dévié, semblant être

épaissi, accolé au cornet inférieur gauche. La rhinoscopie postérieure montre un cavum réduit en sa totalité et un voile qui cache les choanes. Le larynx est libre, les cordes vocales de couleur rouge foncée. A la trachéoscopie on constate que la glotte respiratoire est d'une mobilité peu commune et elle a la forme d'une glotte phonatoire renversée. La paroi antérieure de la trachée est légèrement bulbée, immédiatement sous la glotte, et l'éperon trachéal est épaissi et blanc comme si c'était un corps étrange qui obstruerait une bonne part de la bronche droite. Cependant le malade est incorporé au régiment et le 21 juin il est interné dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital militaire de Galati. Il est depuis sous notre continuelle observation et voilà ce que nous avons pu observer.

Les fosses nasales deviennent de plus en plus étroites et très rapidement de sorte que nous avons aujourd'hui une fosse nasale droite par laquelle le plus mince stylet ne peut passer, et une fosse nasale gauche par laquelle un tel stylet passe à peine. Pas un détail et pas un contour de la structure des fosses nasales n'est plus reconnaissable. Le cavum est fermé par une cicatrice qui présente seulement un petit orifice par où une plume d'oie passerait à peine. La glotte respiratoire ne présente aujourd'hui rien d'anormal, et la paroi antérieure de la trachée qui, en premier examen, était bulbée, transformant l'espace sous-glottique en une fente transversale, est aujourd'hui plus rétractée et présente seulement un petit éleveur et indique l'endroit où autrefois était une infiltration plus large et plus étendue. La trachée a ses anneaux effacés, toujours lubrifiés d'une sécrétion collante, purulente, par ci par là sanguinolente et d'une odeur *sui generis*. L'éperon interbronchique est aujourd'hui si épaissi qu'à peine il laisse entrevoir une mince fente antéro-postérieure, qui remplace, aussi bien à gauche qu'à droite, la lumière bronchique. A mesure que la lésion avance, la respiration devient de plus en plus pénible, de sorte qu'il évite le décubitus dorsal et soutient ne pouvoir respirer qu'assis. Il soutient également qu'après chaque examen trachéo-bronchoscopique il se sent soulagé, probablement parce que une grande quantité de mucus collant se dégage à ce moment par le tube.

Fait caractéristique : après chaque trachéo-bronchoscopie le malade présente un mouvement fébrile prononcé, suivi le lendemain de congestion pulmonaire, ce qui nous a empêché de suivre un traitement par dilatations tubulaires.

L'examen radioscopique est négatif. On a répété la réaction Wassermann qui a donné de nouveau un résultat négatif. On a essayé le traitement par le Neosalvarsan sans aucun résultat. L'examen bactériologique de la sécrétion nasale et trachéale (cultures sur sérum coagulé et sur gélose) nous a donné de grandes masses de bacilles de Frisch.

Le malade, dans son anamnèse, précise le moment où la bronche droite était seule prise, pour le motif qu'il ne pouvait dormir sur le côté gauche et voilà son explication ; en dormant sur le côté gauche il obstruait sa seule bronche libre et ne pouvait ainsi respirer. Aujourd'hui, lorsque les deux bronches sont prises il préfère la position assise, car il redresse ainsi la trachée et ouvre encore un peu les fentes bronchiques par lesquelles il peut à peine respirer encore.

**Conclusions.** — Nous sommes devant un sclérome en plein progrès nasal, dans la phase de cicatrice trachéale et dans la phase d'évolution bronchique. Il est caractéristique que les lésions aient sauté l'oro-pharynx et le larynx, attaqué moins la trachée et porté plus fortement sur les bronches en commençant par l'éperon même.

Dans la littérature nous trouvons le sclérome avec la localisation la plus fréquente au nez puis sur le larynx ; la trachée est déjà plus rarement atteinte et le sclérome des bronches est une rareté clinique.

### I. TETU. — Traitement chirurgical des rhinites ozéneuses atrophiques.

Tetu, après avoir passé en revue l'évolution du traitement antiozéneux, insiste sur le principe énoncé par Moure et Brindel en 1902, *augmentation du volume des cornets inférieurs atrophies*, et qui ont tenté la reconstitution des fosses nasales par des injections sous-muqueuses de paraffine dans les cornets inférieurs. Ce même principe a dû servir en 1917 à Lautenschläger qui a essayé le recalibrage des fosses nasales ozéneuses, par la mobilisation de leurs parois latérales par voie transinusienne.

Ramadier de Paris a perfectionné ce procédé opératoire et, par la section des parois externes des cavités nasales, il réalise une mobilisation complète. L'auteur pense que dans des cas d'ozène cliniquement guéris par la vaccinothérapie, par exemple, le traitement chirurgical pourrait rendre de grands services pour la reconstitution du calibre normal des fosses nasales.

Le Congrès met à l'ordre du jour du 3<sup>e</sup> Congrès les questions suivantes et nomme les rapporteurs respectifs.

1<sup>o</sup> Les amygdalites chroniques et leur traitement. Rapporteur : D<sup>r</sup> DAVID-GALATI.

2<sup>o</sup> Les névrites optiques consécutives aux sinusites. Rapporteurs : D<sup>r</sup> FETU et D<sup>r</sup> POPOLITA.

3<sup>o</sup> Les tumeurs fibreuses pharyngiennes. Traitement chirurgical. Rapporteurs : D<sup>r</sup> ORESCU et D<sup>r</sup> MAICANESCU.

Compte-rendu par le D<sup>r</sup> MAYERSOHN.

## I<sup>er</sup> CONGRÈS DES OTO-LARYNGOLOGISTES ALLEMANDS DU SUD-OUEST

21 octobre 1923 (1).

### R. WERNER. — Les bases biologiques de la radiothérapie.

Les rayons agissent à la fois par dissociation directe, par catalyse, par ionisation. C'est avant tout le noyau cellulaire qui est touché et par lui la substance héréditaire ; ce qui explique l'action éloignée sur

1. C. R. d'après Int. Centr. of. Ohr.

les générations cellulaires suivantes. La division cellulaire est annihilée. Les tissus sont influencés directement par l'altération des cellules, indirectement par les modifications des vaisseaux. L'effet utile ne repose pas sur une ligne directe contre l'agent d'infection (par exemple le bacille tuberculeux) mais sur des influences indirectes (hyperémie, libération de ferments par la destruction cellulaire, etc.). De même dans les tumeurs malignes; l'action est complexe, tenant à la fois à la destruction cellulaire directe et à la réaction générale du corps. Un effet curatif n'est donc possible que quand les foyers malades se trouvent soumis à des conditions biologiques favorables. L'accroissement des doses n'améliore qu'exceptionnellement le résultat; mais augmentent plus souvent les dommages. C'est plutôt la qualité des rayons (dureté) qui est avantageuse. Ce n'est pas vers les doses maxima qu'il faut tendre, mais vers les doses biologiques convenables.

**RAPP. — Les bases de la technique d'irradiation dans les tumeurs malignes du nez, des oreilles et du larynx.**

D'après le résumé que nous avons sous les yeux, cette communication ne contient rien qui ne soit maintenant parfaitement connu en France depuis plusieurs années.

**BECK. — La radiothérapie de la tuberculose laryngée.**

Aujourd'hui on cherche surtout à utiliser la propriété réparatrice des rayons, tandis qu'autrefois on cherchait à utiliser leur propriété destructive, ce qui amenait une altération des tissus de réaction. Les doses d'excitation doivent donc être préférées aux doses de destruction. Mais il faut toujours employer concomitamment la thérapeutique locale habituelle.

L'auteur utilise l'irradiation sur deux foyers de façon à appliquer un tiers de la dose unité. Les tissus reçoivent donc à 1 centimètre de profondeur (commisure antérieure) environ 60 % de la dose, à 2 centimètres (milieu des cordes) 50 % et à 3 centimètres (paroi postérieure) 40 %; on peut augmenter éventuellement la dose pour que la paroi postérieure reçoive de 50 à 60 %. Il n'a pas paru nécessaire de l'augmenter davantage. D'une manière générale, on fait cinq à six séances espacées de quatre à six semaines.

Deux cents cas ont été ainsi traités dont 13 par la radiothérapie seule. Ces derniers ont donné 3 aggravations, 3 améliorations, 7 guérisons (dont 5 avec localisations postérieures). Mais la radiothérapie seule est sans influence sur les infiltrations nodulaires et sur les processus périchondriques profonds. La guérison est survenue aussi bien dans les tuberculoses pulmonaires ouvertes que dans les fermées; et de un an et demi à deux ans après le début de l'irradiation.

**KANDER. — Nouvelles recherches sur la radiothérapie de la tuberculose laryngée.**

Depuis 1921, Kander a traité 46 cas de tuberculose laryngée, 18 sont morts de tuberculose pulmonaire dans les deux dernières années,



sans que le larynx ait été amélioré, 18 ont guéri; 2 n'ont pas guéri malgré l'affection légère du poumon. Les meilleurs résultats ont été fournis par les infiltrations de la paroi postérieure, même avec ulcération superficielle. Les infiltrations et les ulcérations des cordes furent également favorablement influencées. Mais ici il a fallu des irradiations plus fréquentes; ce qui tient sans doute, à ce que les mouvements des cordes ralentissent le processus de guérison. On a aussi observé la guérison dans les localisations sur l'épiglotte, les bandes ventriculaires, les aryténoïdes et leurs replis, voire dans les périchondrites épiglottiques et aryténoïdiennes. La tuberculose pulmonaire avancée est une contre-indication de l'irradiation. Mais dans tous les autres cas, on peut espérer guérir la tuberculose laryngée; avant tout naturellement dans les formes scléreuses. La présence de bacilles dans les crachats n'a aucune importance; mais le pronostic est évidemment meilleur quand les bacilles sont peu nombreux ou inexistants. Le nombre des séances est très variable; la guérison survient au bout de 4 à 6 séances, mais le plus souvent il en faut davantage.

**WEISS. — Technique de l'irradiation dans la tuberculose laryngée.**

Champ d'irradiation antérieur avec un tube de verre de 4 centimètres de diamètre; éliminer les champs latéraux d'irradiation dangereuse par l'entrecroisement des rayons et les doses trop élevées qu'ils entament.

Distance du foyer à la peau : 23 centimètres. Rayons le plus dur possible, 180-200 volts, 2/3-3 M. A, filtre zinc (0,5), aluminium (1 mm.). Durée d'irradiation : cinq à dix minutes. Appliquer cette petite dose toutes les deux ou trois semaines.

Irradier simultanément le poumon (petite dose de 10 % de la dose érythème), mais seulement dans les formes d'induration et lentement progressives.

De cette façon on n'a aucune réaction consécutive; ni fièvre, ni hémoptysie, etc.

**WOLFF. — Valeur de la biopsie dans le diagnostic du cancer du larynx.**

Utilité de la biopsie pour affirmer le diagnostic. Si son résultat est incertain, quand cliniquement on a des doutes, faire des biopsies répétées.

**HIRSCH. — Un cas d'absence congénitale unilatérale du labyrinthe chez le poulet.**

**WEIDENREICH. — La signification morphologique des cavités pneumatiques de la tête.**

WEISS. — **Le rapport de la voix chuchotée à la voix de conversation.**

Les voix chuchotées et de conversation n'évoluent pas parallèlement dans toutes les surdités, quant à leur perceptibilité. La mesure de l'une ne suffit donc pas pour déduire la mesure de l'autre et on doit toujours les mesurer toutes les deux, dans les épreuves d'audition.

---

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

*Séance du 17 décembre 1923.*

NEUMANN. — **Manifestations graves du côté de l'appareil vestibulaire après scarlatine.**

L'auteur hésite entre une névrite rétrolabyrinthique toxique et une labyrinthite consécutives aux lésions importantes de l'oreille moyenne.

NEUMANN. — **Le nystagmus dans la labyrinthite séreuse.**

A propos d'un otite chronique droite avec labyrinthite séreuse typique, Neumann insiste sur les caractères particuliers suivants du nystagmus. Ainsi qu'on le sait, dans la labyrinthite unilatérale, le nystagmus bat du côté sain, puis diminue progressivement. S'il était primitivement du troisième degré, il passe au deuxième, puis au premier. Mais Neumann a observé que quand ce nystagmus commence à disparaître, il survient un nystagmus horizontal du premier degré du côté malade qui finit lui aussi par disparaître. La coexistence ou la non coexistence de ces deux nystagmus permet donc de dire si le nystagmus du côté malade est en rapport avec une labyrinthite commençante ou avec une labyrinthite à son déclin.

FORSCHNER. — **Angine et stomatite de Vincent.**

GOLDBERGER. — **Symptôme de la fistule avec mouvement de la tête (nystagmus céphalique ?) après un évidemment pétromastoïdien.**

O. BECK a vu un cas analogue et où en plus les membres supérieurs et inférieurs déviaient dans le sens de la composante lente.

E. RUTIN, on ne peut désigner le phénomène de nystagmus céphalique, puisqu'il s'agit seulement d'un mouvement dans le sens de la composante lente, et qui s'exécute aussi bien avec la tête qu'avec la main. On devrait réserver le nom de nystagmus céphalique aux mouvements combinés d'aller et de retour de la tête.

BRUNNER. — **Hyperexcitabilité labyrinthique après un traumatisme crânien.**

**RUTTIN. — Névrite typhique du nerf cochléaire.**

La névrite bilatérale n'a touché que le nerf cochléaire, épargnant le vestibulaire. Ce qu'il y a surtout d'intéressant, c'est qu'avec la guérison de la typhoïde, la névrite s'améliora au point que le cochléaire gauche guérit presque complètement et que le droit, pourtant complètement sourd, perçoit maintenant la voix de conversation à 1 mètre 1/2.

**RUTTIN. — Exclusion totale des deux labyrinthes au cours d'une otite moyenne aiguë, vraisemblablement post typhique.**

Il s'agit d'une otite moyenne chronique bilatérale avec destruction totale de la membrane, granulations et sécrétion fétide, surdité totale, inexcitabilité vestibulaire calorique et rotatoire. L'origine typhique de cette otite est vraisemblable. Une telle gravité de l'otite typhique est rare, c'est pourquoi le cas est présenté.

**RUTTIN. — Fistule semi-circulaire osseuse guérie.**

Au cours d'un évidement, on trouve une fistule du canal sous-cutané externe. Onze ans après on constate nettement à ce niveau une exostose, plus grosse qu'une tête d'épingle; labyrinthe cochléaire et vestibulaire inexcitables. Ce qu'il y a de remarquable c'est que, même au bout de ce temps, il n'y a pas de compensation.

**NEUMANN. — Otite moyenne chronique. Evidement; labyrinthite séreuse, ralentissement du pouls.**

Le ralentissement du pouls est survenu en même temps que les autres symptômes labyrinthiques, c'est-à-dire trois jours après l'évidement. Une nouvelle poussée huit jours après la terminaison de la première s'est de nouveau accompagnée du même phénomène. Neumann, ainsi que d'autres auteurs, a eu l'occasion de le rencontrer chez plusieurs malades et attire l'attention sur lui.

**DEUTSCH. — Bacille fusiforme comme agent d'une otite aiguë.**

Otite caractérisée par la sécrétion particulièrement fétide, une mastoïdite avec aspect nécrotique des cellules mastoïdiennes.

**RUTTIN. — Encéphalo-méningocèle après découverte, sans incision, de la dure-mère.**

Malade chez lequel on a découvert sans les inciser le sinus et la dure-mère cérébrale, d'ailleurs très altérés. Guérison très rapide. Deux ans après, tuméfaction de la cicatrice donnant l'impression d'un abcès autour d'un corps étranger (catgut ou esquille). Mais à l'ouverture, on voit qu'il s'agit d'une longue poche venant de la dure-mère, évidemment une encéphalo-méningocèle. Après ablation de cette poche, on voit un trou dans la dure-mère, au fond duquel il paraît y avoir

de la substance cérébrale. Mais, comme il n'y avait pas de prolapsus cérébral, on se contenta de recouvrir avec un lambeau plastique supérieur. Guérison.

L'examen histologique montre du tissu cérébral avec prolifération marquée de la névroglie.

**BRUNNER.** — **Productions épithéliales atypiques du conduit auditif externe.**

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE. SECTION DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 8 décembre 1923*

**R. WOOD.** — **Présentation d'un nouvel appareil à laryngoscopie directe, le directoscope de Haslinger.**

MILLIGAN demande si l'auteur a obtenu de meilleurs résultats avec le directoscope qu'avec l'instrumentation de Kirstein.

HILL. — Cet appareil autostatique est moins compliqué, meilleur marché que l'instrument de Killian.

R. WOOD. — L'instrument est contre-indiqué dans les tumeurs rétro-cricoïdiennes en raison des hémorragies consécutives. L'examen peut être fait en position assise ou couchée.

**S. RIDONT.** — **Tuberculose des os du nez.**

Apparition chez un homme de 47 ans d'une tuméfaction semi-fluctuante sur les os propres du nez ; l'incision donna très peu de pus et de l'os carié. L'examen d'un fragment tissulaire de la fosse nasale droite révéla des lésions tuberculeuses. Comme traitement : iodure de potassium et curettage de la région à deux reprises. Depuis quelque temps il y a une légère amélioration. L'auteur demande quel est le traitement ultérieur.

STRANDBERG. — La Finsenthérapie donne de bons résultats dans les lupus du nez avec extension vers l'os ; si l'os n'est pas atteint il préfére l'électrocoagulation.

BAULES-DAVIS. — L'effet de l'iodure de potassium dans la tuberculose spécialement dans la tuberculose laryngée, est désastreuse.

RIDONT a administré de l'iodure pensant d'abord que le cas était spécifique, les coupes histologiques n'ayant donné aucun aspect caractéristique.

**DAN M'KENZIE.** — **Lésion du nerf lingual après ablation de l'amygdale à la guillotine.**

Anesthésie du côté gauche de la langue après tonsillectomie chez une fille de 15 ans. L'anesthésie remontant à 1918 est complète pour le chaud, très légère au toucher.



WATSON-WILLIAMS. — Parfois l'hypertrophie amygdalienne descend très bas et se confond avec les follicules de la base de la langue ; dans ces cas on risque de faire des dégâts du côté des piliers.

DAWSON. — Du côté atteint on avait enlevé moins de tissu amygdalien que de l'autre. Parfois on note des douleurs névralgiques ou des sensations douloureuses dans la langue après l'amygdalotomie.

DAN M'KENZIE. — C'est le premier accident de ce genre que l'auteur ait observé.

**DAN M'KENZIE. — Aplasie de la partie vomérienne de la cloison associée à une luvette bifide.**

Le malade âgé de 37 ans présente une absence totale du tiers postérieur de la cloison nasale ; on arrive aussi à voir à la rhinoscopie antérieure la partie postérieure des cornets inférieur et moyen du côté opposé. La luvette bifide est certainement en rapport avec ce défaut de développement.

Une malformation analogue a été décrite par Brown Kelly dans le *Journal of Laryng.* de 1910 de même que Arthur Keith en a signalé une chez un gorille.

**DAN M'KENZIE. — Attelles pour la cloison nasale.**

L'auteur les utilise au lieu du tamponnement après les résections sous-muqueuses. Elles sont bien supportées et empêchent la formation d'hématome.

WATSON-WILLIAMS demande si l'instrument en place, le malade peut respirer. Il s'est toujours bien trouvé en utilisant comme tamponnement des doigtiers chargés de gaze.

O'MALLEY craint que dans certains cas la pression risque de compromettre la vitalité de la muqueuse.

MILLIGAN estime qu'il n'est pas nécessaire de tamponner après l'opération. Actuellement il tamponne très rarement.

TWEEDIE a également abandonné depuis deux ans tout tamponnement des fosses nasales après la résection sous-muqueuse.

KELSON fait un point de suture sur l'incision pour assurer l'écoulement sanguinolent et éviter l'hématome.

RIDONT. — L'apparition d'un hématome étant un fait assez rare, il ne voit pas l'utilité d'un pansement compressif sous forme d'attelle.

MUECKE a essayé dans 50 cas, le tamponnement, serré, peu serré, les attelles et enfin aucun pansement. En conclusion il emploie, pour prévenir l'hémotome uniquement, un peu de soie huilée roulée sur un peu de gaze ; il ne suture jamais.

D. W. HILL est plus tranquille en tamponnant.

HORSFORD utilise les lames compressives de Lake et les fixe en avant par un point de suture. Elles maintiennent les lambeaux bien en place et s'enlèvent facilement et sans douleur.

DAN M'KENZIE. — Les attelles ne provoquent pas de sphacèle, à condition de ne pas trop serrer la vis. Il a toujours pu éviter les hémorragies en les enveloppant.

**CLEMINSON. — Tumeur du larynx.**

L'auteur décrit l'aspect de deux petites tumeurs superposées de la bande ventriculaire droite dont il n'a fait aucun diagnostic et se propose de faire une biopsie. La malade est âgée de 20 ans.

**LOWRY. — Hypertrophie amygdalienne associée à un œvus vasculaire du palais.**

Le garçon âgé de 6 ans présente, outre une hypertrophie des amygdales et le œvus étendu à la luette, au pilier antérieur droit et aux bords alvéolaires, des ganglions cervicaux et inguinaux et une anémie.

WHRIGHT et WILLIAM MILLIGAN. — Le œvus est une coïncidence toute accidentelle ; s'il y avait lieu de le traiter, il faudrait l'enlever par l'électrolyse. L'hypertrophie ganglionnaire est en rapport avec celle des amygdales. Si la formule leucocytaire est normale, il ne semble pas y avoir de contre-indication pour l'ablation.

LOWRY enverra le malade 6 mois à la campagne et décidera selon l'état ultérieur ; la formule donnait 5.000.000 de globules rouges, et une leucocytose de 21.000.

**LOWRY. — Fistulisation d'un empyème du sinus frontal.**

Une femme de 64 ans souffrait de sinusite frontale qui se fistulisa après 6 semaines sur la droite de la ligne médiane. Dans le nez, il n'y avait pas de pus. A l'opération on trouva la fistule communiquant avec le sinus frontal gauche qui était rempli de pus et se prolongeait jusqu'à l'angle externe de l'œil gauche. Drainage par l'angle externe, guérison.

LAYTON a observé un cas semblable avec extériorisation.

WILLIAM MILLIGAN se souvient d'un seul cas extériorisé qui était syphilitique ; l'incision verticale sur la ligne médiane est la seule qui donne le moins de déformation.

LOWRY. — Le Wassermann était négatif, malgré cela l'auteur donna de l'iodure qui aggrava plutôt l'état du malade. QUIRIN.

**SOCIÉTÉ ÉCOSSAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE**

XVIII<sup>e</sup> CONGRÈS, GLASGOW.

15 décembre 1923.

**J. HARPER. — Fibrome rétro-nasal sous-muqueux.**

La tumeur observée chez une femme de 53 ans siégeait sur la ligne médiane de la paroi postérieure du pharynx et ressemblait à un abcès rétropharyngé ; l'incision ne donna pas de pus, mais une matière d'aspect fongueux.

On énucléa facilement la tumeur dont le pédicule remontait vers la gauche de la colonne vertébrale près de l'orifice tubaire.

**HARPER. — Kyste dermoïde de l'amygdale.**

Il s'agit d'un enfant de 9 mois, ayant des difficultés pour respirer, et présentant une tuméfaction dure de l'amygdale droite. Extérieurement on notait une tuméfaction non fluctuante sous-angulo-maxillaire. L'examen histologique trouva un poil dans les fragments examinés, l'incision de la tumeur cervicale fit sortir une touffe de poils noirs.

**J. HARPER. — Deux cas de guérison d'abcès cérébelleux.**

Dans les deux cas, garçons de 13 et de 19 ans, on fit une mastoïdectomie pour une otite moyenne chronique suppurée, réchauffée dans le premier, cholestéatomateuse dans le second, qui conduisit chacune sur un abcès du cervelet. Guérison.

**J. HARPER. — Un cas d'abcès du lobe temporal.**

Radicale chez une jeune fille de 18 ans qui se plaignait d'un écoulement d'oreille depuis plusieurs années: cholestéatome étendu; évacuation d'un abcès dans la partie postérieure du lobe temporal. Guérison avec quelques troubles épileptiformes.

DAN M'KENZIE a présenté devant la Société Royale de médecine un cas d'abcès cérébral avec guérison dans lequel étaient survenues quelques mois après l'opération de vraies crises épileptiques. Ces attaques surviennent-elles plus souvent après l'opération d'un abcès cérébral qu'après celle d'un abcès cérébelleux? Faut-il réopérer ou non?

FRASER a vu survenir des crises d'épilepsie après l'opération d'un abcès du lobe frontal consécutif à une sinusite frontale.

LOGAN TURNER. — L'opinion diffère beaucoup quant au choix de l'endroit de l'ouverture de la dure-mère; l'ouverture et le drainage en avant du sinus sigmoïde sont intéressants; quelle était la méthode de drainage, autre point sujet à de nombreuses discussions.

SYME soigne actuellement un cas d'abcès cérébral, dans lequel il a supprimé le drainage à la mèche de gaze après huit jours.

ADAM. — Le nystagmus bilatéral est-il apparu après l'opération?

HARPER insiste sur l'importance dans le premier cas de ne pas avoir fait de ponction lombaire, dans le second cas sur le nystagmus survenu seulement après l'opération, et battant dans les deux directions. Comme moyen de drainage il a utilisé un tube en caoutchouc perforé, changement du drain tous les deux jours, et réouverture de la cavité; la durée dépend uniquement de la suppuration.

**HARPER. — Tuméfaction de la corde vocale droite et de la région sous-glottique correspondante.**

Il s'agit d'une tuméfaction non inflammatoire chez un homme de 52 ans avec une réaction de Wassermann négative et sans tuberculose. L'auteur pense à un néoplasme, mais de peur que l'affection s'aggrave, il déconseille la biopsie; il a observé récemment deux cas de cancer laryngé dont la biopsie a rendu les cas inopérables.

SYME estime la laryngectomie indiquée à condition de vérifier la nature de la lésion par la biopsie.

DAN M'KENZIE demande également l'avis préalable de l'histopathologiste.

**W. S. SYME. — Traitement de l'ozène par le déplacement de la paroi latérale vers la ligne médiane.**

L'auteur commence par le sinus maxillaire qu'il curette, s'il est atteint; puis il dégage la paroi latéronasale osseuse sans percer la muqueuse, la déplace vers l'intérieur; tamponnement renouvelable journallement ou biquotidiennement pendant dix jours, fermeture de l'antre.

DAN M'KENZIE. — On ne peut pas parler de guérison; mais on obtient une amélioration considérable; les malades peuvent se dispenser des lavages du nez.

HARPER. — Sur quoi Syme base-t-il le diagnostic de rhinite atrophique, qui en certains cas est bien difficile?

DONALD WATSON demande s'il y avait une suppuration chronique du sinus maxillaire consécutive à l'opération?

DOUGLAS GUTHRIE. — On peut obtenir le même résultat, c'est-à-dire le rétrécissement des fosses nasales avec la technique d'Adam qui consiste à introduire une greffe costale sous la muqueuse de la cloison.

ADAM. — Les cas de Syme montrent un rétrécissement plus marqué que s'ils avaient été traités par l'opération préconisée par Guthrie, qui pour donner de bons résultats doit être répétée plusieurs fois.

DAN M'KENZIE. — Un point important dans le diagnostic de l'ozène est la durée de la maladie; la rhinite atrophique ozéneuse, date toujours de l'enfance, dans les ozènes de courte durée il faut penser à la syphilis.

FRASER partage l'opinion de M'Kenzie; l'ozène est l'aboutissant de la rhinite purulente qui date d'une scarlatine ou d'une rougeole de l'enfance. L'ozène est la rhinite chronique purulente au même titre que les suppurations chroniques de l'oreille et les broncheectasies.

HARPER. — Les cas de rhinites croûteuses ne débutant pas pendant l'enfance ne seraient donc pas ozéneuses?

DAN M'KENZIE. — L'ozène n'est qu'une forme de la rhinite atrophique. Une rhinite atrophique croûteuse datant de l'enfance doit être considérée comme ozène, et non comme syphilitique.

SYME. — L'opération décrite ne régularise évidemment pas la muqueuse atrophiée, elle rétrécit seulement les fosses nasales; dans les cas traités par cette méthode le diagnostic se basait sur l'aspect et sur les antécédents.

Les rhinites atrophiques sont nombreuses, l'ozène en est une variété; mais elle ne peut être comparée ni aux otites chroniques suppurées, ni aux dilatations bronchiques; la vraie rhinite purulente est très rare, on ne doit faire ce diagnostic qu'après avoir éliminé toutes les autres affections possibles (sinus).



**SYME. — Un cas de leucoplasie étendue de la langue et de la bouche.**

La biopsie donna un épithélioma à globes cornés. Le Wassermann était négatif.

**KERR LOVE.** — La leucoplasie est-elle toujours syphilitique? Et implique-t-elle toujours une dégénérescence maligne ultérieure? La tendance à la cancérisation de la leucoplasie est-elle fréquente?

**HOWIE.** — Certains chirurgiens ont des opinions très arrêtées sur la question de relation entre la leucoplasie et la néoplasie.

**SYME** est d'avis de traiter ce cas par la diathermie; il aurait aimé avoir un avis sur le traitement du reste de la langue, ablation totale de la langue ou traitement local de la partie dégénérée.

**JOHN L. HOWIE. — Un cas d'épithélioma de la langue traité par la diathermie.**

Il s'agit d'une femme de 60 ans dont la langue présentait une leucoplasie étendue. Wassermann négatif; l'examen histologique donna de l'épithélioma. Traitement par la diathermie.

#### DISCUSSION

**DAN M'KENZIE** utilise depuis quelques années la diathermie; il estime que le temps est venu où cette méthode thérapeutique devrait être employée à la place du bistouri dans tous les cas de cancer. La diathermie détruit les cellules que le bistouri laisse intactes. En second lieu elle stérilise les tissus, d'où résultent une plaie non infectée et une cicatrice souple.

Tous les cancers pharyngés peuvent être divisés en deux groupes, les cas opérables et les cas non opérables. Dans un cas d'épithélioma de l'amygdale avec extension vers le palais, l'auteur circonscrit la tumeur avec une électrode en forme de couteau après avoir lié la carotide externe; puis il extirpe les ganglions, s'ils sont pris ou non, et enfin il fait des ponctions avec une aiguille à diathermie dans le tissu environnant pour stériliser le tissu et tuer les cellules cancéreuses non encore atteintes. L'auteur fait une réserve pour les ganglions métastatiques volumineux dont l'infection est presque toujours la règle; la plaie ne se ferme pas et l'état du malade ne s'améliore pas.

**M. W. SYME.** — En ce qui concerne l'ablation des ganglions, il préfère ne pas les enlever en même temps que la tumeur; les ganglions, très souvent, diminuant de volume après l'extirpation du néoplasme, et ils sont alors aussi plus faciles à enlever, s'il y a encore lieu de le faire.

**Z. HOWIE.** — La diathermie est surtout intéressante au point de vue de l'amélioration des symptômes fonctionnels. La malade qui ne pouvait avaler aucun aliment sans être cocaïnée préalablement, put manger un œuf, du pain et du beurre le lendemain de l'opération.

**W. LEITCH. — Tuberculome associé à une déviation de la cloison nasale.**

La malade se plaignait en 1922 d'une obstruction nasale droite datant d'un mois avec un écoulement jaunâtre non fétide, parfois sanguinolent. On constata une déviation angulaire avec une muqueuse hypertrophiée à droite, mais non ulcérée. Un an après la malade revint, présentant des épistaxis, et des granulations sur la déformation septale. On fit la résection sous-muqueuse et l'on examina cartilage et muqueuse qui montrèrent des lésions de tuberculose avec caséification.

**STEPHEN YOUNG. — Otite moyenne aiguë avec mastoïdite consécutive à une cornectomie bilatérale inférieure.**

Trépanation, arthrite septique sans lésion sinusienne évidente, septicémie, ligature de la veine jugulaire, oblitération du sinus, guérison.

L'auteur a oblitéré le sinus et lié la jugulaire pour s'assurer l'intégrité du sinus. Une hémoculture donna du pneumocoque.

FRASER. — Bien qu'il ait observé et traité 26 cas de thrombose du sinus, il n'a vu que 1 ou 2 cas de septicémie auriculaire sans lésion du sinus.

HARPERS. — Ce cas fait partie d'une série de malades qui eurent tous après l'intervention des complications septicémiques de nature pneumococcique. Il avait opéré le malade des deux cornets inférieurs et l'avait passé au Young.

GARDNIER a observé un cas semblable chez une fillette de 7 ans chez laquelle un état septicémique précédé d'otite se développa après l'ablation des végétations sans que le sinus ait présenté une lésion quelconque.

SOUPER relate un cas analogue.

**JAMES ADAM. — Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche.**

Il s'agit d'une femme de 30 ans présentant une surdité progressive depuis trois ans; des troubles oculaires bilatéraux (?) et ces derniers temps une démarche maladroite dans l'obscurité. Ni céphalées, ni vomissements, ni vertige, ni bourdonnements; l'examen ne révéla aucun écoulement d'oreille, mais un œdème papillaire bilatéral, une hypoesthésie du trijumeau gauche, une légère parésie de l'angle gauche de la bouche. Dans l'oreille gauche on notait une perforation sèche postéro-supérieure; le Weber était latéralisé à droite. Il existait du nystagmus spontané horizontal dans les deux directions. Pas d'adiadococinésie; pas de déviation de l'index. Ni l'épreuve rotatoire, ni l'épreuve calorique ne donnaient du vertige; à l'épreuve à l'eau froide augmentation du nystagmus pour les deux oreilles.

Trépanation décompressive, et après une semaine ablation d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche.

YOUNG. — **Fracture du cartilage thyroïde.**

Il s'agit d'un homme qui en tombant d'une échelle se fractura le cartilage thyroïde ainsi qu'on peut le constater à la crépitation et par la radiographie. A la laryngoscopie on voyait une tuméfaction se présentant comme un prolapsus du ventricule gauche, la corde vocale gauche était libre.

QUIRIN.

SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PARIS

13 mars 1924.

SÉBILEAU et TRUFFERT. — **Présentation de préparations anatomiques d'évidement partiel.**

Une préparation d'une mastoïdo-antrotomie. Une préparation d'atticotomie transmastoidienne de Heath. Une préparation d'évidement partiel (opération de Bondy et Sourdille).

Les auteurs insistent sur le danger de la disjonction de l'articulation malléo-incudienne, lors de la réalisation de cet évidement partiel.

LOUIS GIRARD. — **La ligne vestibulaire horizontale. Sa projection sur le profil de la tête.**

G. appelle ligne vestibulaire horizontale une droite passant par le centre des orifices vestibulaires du canal semi-circulaire externe. Il trace la projection de cette ligne sur le profil de la tête à l'aide de deux points de repère. L'un d'eux est à l'intersection des bords de l'hélix et du bras inférieur de l'anthélix, l'autre est situé à 3 millimètres en moyenne au-dessus du milieu de l'arcade orbitaire supérieure pour la race parisienne.

Le plan où seraient inscrites les deux lignes vestibulaires horizontales est le plan horizontal de la tête par excellence, applicable à la fois à l'anatomie humaine et à l'anatomie comparée, ainsi qu'à la physiologie normale et pathologique du labyrinthe postérieur.

LIÉBAULT. — **Rétrécissement traumatique du larynx. Laryngostomie. Dilatation.**

Malade ancienne canularde pour sténose cicatricielle du larynx due à un coup de rasoir ayant intéressé toute la région sous-glottique et immobilisé les cordes. Après laryngostomie, L. fit au bistouri et aux ciseaux une ablation de tout le tissu cicatriciel ainsi que des cordes et des bandes ventriculaires, de façon à ne laisser qu'un tuyau régulier ne contenant aucune saillie ni irrégularité ; une série de pansements dilatateurs au cigare en gaze vioformée suivant la méthode Moure-Canuyt fut ensuite faite pendant plusieurs mois. Progressivement la cavité laryngée s'épidermisa et actuellement elle constitue un tuyau uniforme bien calibré.

L. attire l'attention sur la régularité de la cavité obtenue qui ne se rétrécit pas malgré la suppression depuis plusieurs semaines de tout pansement intra-laryngé. Il insiste sur la nécessité qu'il y a à sacrifier au moment de l'opération tout ce qui est dans la cavité et à enlever non seulement le tissu cicatriciel mais aussi les cordes et les bandes ventriculaires. Il montre enfin, le résultat vocal intéressant : avec un pansement occlusif devant sa stomie, cette malade parle à haute et intelligible voix ; c'est la garantie que lorsque la plastique pré-laryngée sera faite, l'organe vocal aura récupéré ses deux fonctions respiratoire et vocale.

**MAHU et VINCENT. — Un cas de streptococcémie d'origine otique. Mastoïdite. Thrombo-phlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire. Surrénalite. Phlegmon périnéphrétique. Guérison.**

Jeune homme 15 ans 1/2 ; le 16 mai 1923 otite phlycténulaire hémorragique droite avec 40°6 ; malgré une paracentèse immédiate, mastoïdite opérée cinquante heures après le début de l'infection. Pus, streptocoque. Hémoculture positive. Traitement par électrargol, propidon, puis auto-vaccin. Persistance de la fièvre, seconde intervention plus large découvrant sur toute son étendue le sinus qui paraît sain. Deux heures après, grand frisson qui se renouvelle les jours suivants. Au cours des pansements et, bien que le signe de Whiting ait été jusque-là positif, on s'aperçoit que le sinus est thrombosé. Troisième intervention, au cours de laquelle on ouvre le vaisseau jusqu'à découverte du sang en arrière, on le curette, mais on ne réussit pas à dégager le golfe de la jugulaire.

Les jours suivants apparaissent des taches café au lait, indices d'une atteinte des capsules surrénales.

Le 2 juin, ligature de la jugulaire et dégagement du golfe par un lavage sous pression poussé par le chef supérieur de la jugulaire interne liée et sectionnée au-dessus du tronc thyro-linguo-facial. Même lavage les deux jours suivants, mais le 3<sup>e</sup> jour, il devient impossible, l'embout de caoutchouc fixé au chef supérieur de la jugulaire s'étant détaché. On injecte alors en sens inverse à l'aide d'une seringue de Roux, du côté de la plaie mastoïdienne, de l'éther iodoformé à 10 %. Amélioration très nette dès la 2<sup>e</sup> injection, la suppuration disparaît et la plaie se répare progressivement. Température encore élevée. Abscès de fixation qui n'apporte aucun changement.

Le 20 juin, phlegmon périnéphrétique droit ponctionné. Chute de la fièvre. Amélioration. Guérison en août.

Les auteurs attirent d'abord l'attention sur la brutalité, la gravité de cette septicopyhémie et la résistance exceptionnelle du malade, puis sur l'absence de signes locaux et généraux ayant empêché de faire un diagnostic précoce.

Ils pensent qu'il s'est agi d'une thrombose primitive du golfe de la jugulaire, étendue ultérieurement au sinus latéral.

Ils estiment, d'autre part, que c'est grâce aux injections d'éther iodoformé poussées du côté du sinus sigmoïde qu'ils sont parvenus à compléter la désinfection du golfe en noyant le caillot ainsi que les



parois malades dans un antiseptique fort, et à obtenir la guérison du malade, avec l'aide ou la collaboration de MM. Luc, Lecène, de Martel, Weil et Troller.

**G. WORMS et FRIBOURG-BLANC. — Syndrome méningé aseptique au cours d'une polysinusite latente d'origine dentaire.**

Histoire d'un malade ayant présenté un tableau clinique d'hypertension céphalo-rachidienne que la rhinoscopie associée à la radiographie permit de rapporter à une polysinusite latente d'origine dentaire.

Le début s'était manifesté par des crises convulsives, suivies quelques semaines après de céphalalgie fronto-pariétale violente, de vomissements, ralentissement du pouls, légère raideur de la nuque et troubles visuels.

Ponction lombaire : liquide très hypertendu (46 au manomètre de Claude), clair, non modifié dans sa composition chimique ni dans sa teneur en éléments cellulaires. A l'ophtalmoscope, congestion manifeste des papilles. Wassermann négatif.

Il était au premier abord impossible de préciser le diagnostic.

On pensait au développement d'une tumeur intercrânienne, lorsque l'examen des fosses nasales, pratiqué sans que le malade attirât l'attention de ce côté, mit en évidence la présence de muco-pus dans le méat moyen gauche.

La radiographie (incidences de Hirtz, montra une obscurité du sinus maxillaire correspondant et des sinus postérieurs. L'extraction de la première prémolaire gauche, atteinte de carie fut pratiquée. Elle suffit, ainsi qu'un traitement endonasal très simple, à faire disparaître en quelques jours les accidents méningés.

Il est important d'être prévenu de l'apparition de pareils états méningés au cours des sinusites postérieures latentes. Ils permettent peut-être d'expliquer un certain nombre de « méningites » bénignes qui surviennent en dehors de toute infection apparente.

Dans des cas semblables, il faut se garder, au début tout au moins, d'interventions trop actives sur les sinus et se borner à supprimer la cause initiale des accidents (extraction dentaire) et ponctionner les sinus maxillaire. Conduite bien différente de celle qui est de règle dans les otomastoïdites compliquées de réaction méningée.

Les auteurs insistent sur l'intérêt de la radiographie qui précisa l'étendue et l'évolution des réactions sinusales. M. LABERNADIE.

---

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE  
DE CHICAGO (1)*Séance du 2 avril 1923.*

C.-H. LONG. — **Obstruction nasale ayant affecté l'état mental du malade.**

JOHN A. CAVANAUGH. — **Corps étranger de l'œsophage.**

Il s'agit d'un malade qui avait avalé, sans qu'il s'en soit aperçu, une pièce dentaire de petites dimensions et qui, un matin, au réveil s'était aperçu qu'il lui était impossible d'avalier. Le diagnostic de carcinome de l'œsophage avait été posé, mais l'examen radioscopique révéla la cause de l'obstruction. Extraction facile du corps étranger et guérison sans complication.

M. G.-W. BOOT fait remarquer qu'il est rare de voir un sujet avaler une pièce dentaire sans le savoir et qu'il est criminel de la part d'un dentiste de faire des pièces de si petites dimensions.

M. EDWIN MC. GINNIS se souvient d'un cas dans lequel le malade qui avait avalé une pièce dentaire comprenant trois dents fut atteint d'enrouement et de dyspnée mais ne se souvenait pas d'avoir avalé un corps étranger.

GEORGE W. BOOT. — **Tumeur du ganglion intercarotidien et syndrome de Stokes-Adams.** (V. *analyses*).

O. STEIN pense que ces tumeurs ne sont pas aussi fréquentes qu'elles peuvent le paraître et que le diagnostic est souvent fait sur la table d'opération. Il hésiterait à opérer car la mortalité est énorme et il est possible que le malade ait plus de chances de survie en conservant sa tumeur. Il s'agit en général de tumeurs malignes, et si adhérentes au paquet vasculo-nerveux que l'intervention est pratiquement sans espoir. Il est d'avis de ne pas y toucher.

JOSEPH C. BECK demande à M. BOOT d'expliquer la relation entre les crises épileptiformes et la tumeur. Il est d'avis que la radiothérapie aurait pu être essayée.

M. BOOT répond qu'un médecin avait déjà vu le malade et l'avait soumis à un traitement radiothérapique et pense également qu'il vaut mieux ne pas opérer. D'après lui, la cause des crises d'épilepsie constatée proviendrait de l'anémie du cerveau produite par la compression exercée par la tumeur sur les vaisseaux, mais il ne croit pas que le ganglion sympathique intervienne : il s'agissait d'un syndrome de Stokes-Adams ; il était impossible de sentir le pouls et d'entendre les battements cardiaques avant les crises convulsives.

JAMES E. LEBENSOHN. — **Atrésie congénitale des choanes.** (V. *analyses*).

ROBERT SONNENSCHNEN a vu récemment une forte déviation de la cloison, mais, le malade ne se plaignant pas d'obstruction comme cela arrive pourtant presque toujours, il n'a pas été d'avis d'opérer.

JOSEPH C. BECK ne pensait pas que l'affection fut si rare. Il en a observé et opéré 4 cas sur des enfants. L'emploi de la fraise électrique n'est pas facile, même avec le doigt comme guide, mais il croit qu'il serait préférable de se servir d'une rape pour agrandir un premier trou fait au moyen de la gouge.

JOHN CANAUAUGH put également observer un cas d'obstruction, mais la famille s'opposa à l'intervention.

FRANK K. NOVAK demande s'il s'agissait d'une anosmie vraie et si M. James E. Lebensohn avait introduit des substances orodiférantes directement dans la cavité nasale, car il pense que c'est là la seule façon de pouvoir voir s'il s'agit d'une anosmie vraie.

E. LEBENSOHN répond qu'il est heureux de voir Beck apporter un aussi grand nombre de cas et dit qu'il croit que de nombreux cas ne sont pas publiés parce qu'on ne se rend généralement pas assez compte de la rareté de cette affection.

ELLISON L. ROSS. — **Quelques-uns des effets généraux des anesthésiques locaux dans l'amygdalotomie.** (V. *analyses*).

OTTO STEIN croit que l'injection d'eau ou d'eau salée produirait un effet sur la pression sanguine.

J GORDON WILSON fait remarquer que le fait que la cocaïne et l'adrénaline ont une action conjointe n'a pas attiré suffisamment l'attention des cliniciens. C'est pourquoi, le travail de M. Ross vient à son heure.

EDWIN MC. GINNIS a supprimé depuis quelques années l'adrénaline dans les amygdalotomies qu'il fait sous anesthésie locale, bien qu'il ne se soit pas rendu compte de l'action conjointe des deux substances. Actuellement, il se borne à badigeonner l'amygdale avec une solution de cocaïne à 10 %, une seule fois, et à injecter, ensuite de la novocaïne.

ROBERT SONNENSCHNEN n'a jamais employé la cocaïne depuis dix-huit ans sauf chez certains malades très pusillanimes qui ne peuvent pas supporter les piqûres.

GEORGE W. BOOT cite un cas de collapsus chez une malade dont les amygdales avaient été badigeonnées avec une solution de cocaïne à 5 % et qui avait ensuite reçu une injection de novocaïne à 1 % avec addition d'adrénaline. Le collapsus disparut après une injection de morphine. La malade mourut un an plus tard d'apoplexie.

NOVAK ne s'est plus servi de cocaïne depuis 1917 mais d'apothésine. L'anesthésie est plus longue à obtenir, mais elle est aussi complète qu'avec la cocaïne.

ELLISON L. ROSS conclut en disant que dans tous les cas, les sujets étaient en position semi-couchée.

PLANTEY.

# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

---

A.-J. CEMACH. — La tuberculose de l'oreille dans ses rapports avec les recherches modernes sur la tuberculose. *Mon. f. Ohr.*, t. LVIII, f. 3, p. 253.

Continuant son intéressante étude sur la tuberculose de l'oreille, Cemach envisage maintenant la valeur de l'examen clinique et discute la spécificité attribuée à l'un ou l'autre des caractères cliniques propres à l'otite tuberculeuse. Pour lui il n'existe guère d'aspect objectif emportant le diagnostic sans hésitation. Parmi les multiples signes décrits, il distingue :

1° Les signes de probabilité de premier ordre, c'est-à-dire : les nodules de la membrane avec perforation consécutive et envahissement progressif éventuel du tympan ; les pertes de substance osseuse, perceptibles à l'examen otoscopique avec os séquestré, rugueux au stylet ; la sensibilité à la pression mastoïdienne, au cours d'une otite chronique (signe sur lequel l'auteur insiste beaucoup) ; les masses caséuses dans la mastoïde ; l'évolution torpide post-opératoire ;

2° Les signes de probabilité de deuxième ordre, c'est-à-dire : la fistule mastoïdienne, la sténose circulaire de la portion osseuse du conduit (par formation de granulomes tuberculeux sous-cutanés) ; la fistule du conduit ; la formation indolente (sous les yeux du médecin), d'une perforation tympanique ; la formation de granulations dans les cas aigus ; la myringite abcédante de J. Möller ;

3° Les signes de probabilité de troisième ordre, c'est-à-dire : la tuberculose pulmonaire, la cuti-réaction positive dans le cours de la première enfance, la tuberculose des ganglions péri-auriculaires, la paralysie faciale au cours d'une otite chronique, les anamnèses sur le début indolent de l'otite, les perforations multiples, les granulations proliférantes et récidivantes, la sécrétion fétide dans les cas aigus.

G. MERELLI. — La mastoïde aiguë sans perforation de la membrane tympanique. *Th. Parmes*, 1924, *Tipogr. gia Coop. Parmense*, édit.

Il n'est pas possible de faire une distinction clinique nette entre la mastoïdite aiguë primitive et la mastoïdite aiguë sans perforation du tympan. Il est plus pratique de grouper ces deux catégories en une seule, sans tenir compte de la conception que l'infection mastoïdienne puisse être primitive ou secondaire, puisque l'évolution, le diagnostic et le traitement sont identiques. La mastoïdite sans perforation tympanique est plus fréquente qu'on ne le croit. La non perforation de la membrane peut être due à une résistance anormale



de la membrane tympanique, par exemple à la suite de processus inflammatoires antérieures ou à un rétrécissement de l'aditus. Dans ce dernier cas une inflammation légère de sa muqueuse isolera la mastoïde. Et tandis que la caisse peut évoluer vers la guérison, l'inflammation mastoïdienne continue pour son propre compte et peut aboutir aux plus graves complications. L'infection au lieu de se développer dans une cavité ouverte se développe alors dans une cavité close. La perméabilité de la trompe d'Eustache joue aussi un rôle. Suivant les conditions anatomiques, et particulièrement dans les mastoïdites scléreuses, le processus purulent peut ester limité à une seule cellule ou à un seul groupe mastoïdien. La mastoïdite de Bezold paraît assez fréquente. Pour le diagnostic, il sera bon d'utiliser la radiographie. Les indications opératoires sont les mêmes que pour les mastoïdites ordinaires ; c'est qu'il ne faut opérer ni trop tôt ni trop tard.

**HENIUS ET SCHOUSBOE. — Recherches sur les résultats de l'évidement pétro-mastoïdien.** *Acta Oto-Lar.*, t. VI, f. 1-2, p. 138.

Cherchant à se rendre compte des résultats éloignés variables de l'évidement, les auteurs ont examiné 135 sujets opérés de 1901-1920. Dans 45 % des cas il y avait guérison complète ; dans les autres elle n'était pas complète. Quoique les raisons de la persistance de la suppuration soient difficiles à saisir, dans ces derniers cas on a constaté généralement une légère sécrétion venant de l'orifice tubaire ou des parois de la caisse, plus rarement des autres parties de la cavité opératoire.

J. CUVILLIER.

**H. BJÖRKMAN. — Résultats auditifs de l'évidement pétro-mastoïdien.** *Acta Oto-Lar.*, t. VI, f. 1, 2, p. 158.

L'auteur a examiné un à deux mois après la guérison complète l'audition de 73 évidés (42 cholestéatones, 31 suppurations avec ou sans polype). Les radicales conservatrices ont été faites 5 fois dans les cas de cholestéatone, 15 fois dans les autres otites chroniques. Toutes les autres opérations ont été des radicales classiques.

Les résultats globaux sur l'audition sont : amélioration, 38 % ; aggravation, 25 % ; pas de modification, 37 % ; dans les cas d'évidement partiel, les résultats sont beaucoup plus favorables : amélioration, 55 % ; aggravation, 15 %. Une des conditions aussi pour obtenir le meilleur résultat auditif est l'épidermisation régulière et la cicatrice mince sur les fenêtres labyrinthiques.

L'Auteur.

**H. BURGER. — Phlébite septique des sinus craniens. Trois types différents.** *Acta oto-laryngologica*, vol. VI, fasc. 1 et 2, p. 4.

L'auteur traite des thromboses septiques du sinus latéral, du sinus caverneux, et du sinus longitudinal. La cause la plus fréquente de la thrombose du sinus latéral est l'otite suppurée moyenne. Les thromboses, plus rares, du sinus caverneux sont souvent occasionnées par des affections des sinus périmaxillaires et, dans plus de la moitié des observations réunies, par une sinusite sphénoïdale. La thrombose, rare,

du sinus longitudinal est le plus souvent consécutive à une sinusite frontale.

Le sinus latéral est infecté par le contact direct avec le foyer de suppuration de l'os temporal. Le sinus caverneux est infecté par des foyers de suppurations otogènes et rhinogènes. Par ceux-là, d'une part par l'intermédiaire d'une thrombose du sinus pétreux supérieur, d'autre part directement par une ostéite à la pointe de la mastoïde. Les thromboses rhinogènes du sinus caverneux se produisent par le contact direct avec une ostéite du corps de l'os sphénoïdal, par des thromboses dans les différents troncs veineux, qui communiquent avec le sinus caverneux et encore par une infection propagée le long du nerf olfactif et du nerf optique. Le trajet de propagation de l'infection est souvent difficile à déterminer chez le vivant, et aussi à l'autopsie.

L'infection se propage au sinus longitudinal par des anastomoses veineuses, par un abcès épidural provenant du sinus frontal, ou d'une ostéomyélite de l'os frontal.

Parmi les symptômes cliniques qui accompagnent une phlébite septique des sinus, les plus caractéristiques sont la température pyohémique et des frissons dans la thrombose du sinus latéral, des phénomènes de stase dans la thrombose du sinus caverneux, et des symptômes méningés et cérébraux dans la thrombose du sinus longitudinal.

Le traitement est souvent relativement aisé dans la thrombose du sinus latéral, par contre très difficile dans la thrombose du sinus caverneux à cause des conditions anatomiques. Le traitement chirurgical de la thrombose du sinus longitudinal n'est pas encore suffisamment élaboré. Le pronostic de la thrombose du sinus latéral est relativement bon, celui de la thrombose des sinus caverneux et longitudinal extrêmement mauvais.

G. OHNGREN.

**J.-W. LEITCH. — Un cas d'otite aiguë moyenne bilatérale associée à un gros abcès du lobe frontal droit.** *Journ. of Laryng. and Oto.*, vol. XXXIX, 9 avril 1924, p. 209.

Après une chute, otite bilatérale chez un garçon de 7 ans 1/2 qui avait déjà fait plusieurs otites moyennes; malgré la double paracentèse, l'affection évolua rapidement vers une localisation cérébrale avec une symptomatologie assez discrète. Une antrotomie droite avec élargissement vers la squame temporale et plusieurs ponctions exploratrices du lobe temporal ne donnèrent rien. Au bout de quelques jours élévation brusque de la température, apparition de céphalées tenaces, paralysie du sphincter vésical. Le malade mourut au bout de dix jours, sans qu'on ait pu observer un signe de localisation. L'autopsie démontra un abcès volumineux de la partie antérieure et moyenne du lobe frontal droit, dont le pus révéla du pneumocoque. Au-dessus de l'abcès les méninges étaient adhérentes à la corticale cérébrale. **QUIRIN.**

**G. FERRERI. — Les altérations anatomo-pathologiques des osselets dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne et leur traitement.** *Tip. Le Massime*. Roma, 1922.

Les osselets de l'ouïe présentent un intérêt tout particulier. Ces petits organes d'une extraordinaire finesse, ont une situation toute

spéciale qui les expose à des altérations productives et régressives caractéristiques. Ils sont enfermés dans ce petit laboratoire physiologique original et génial, qu'est l'oreille moyenne, où la température et l'humidité sont constantes, comme en un thermostat.

La monographie compte 14 chapitres, et s'illustre de 59 figures originales, tirées de microphotographies dont les plus intéressantes se rapportent à un cas très rare de gomme de l'enclume chez un syphilitique affecté d'otite moyenne purulente chronique.

Après des aperçus d'anatomie et d'histologie normales et quelques pages de pathologie générale et d'anatomie pathologique, l'auteur traite de la technique suivie dans la préparation des osselets. Sa statistique personnelle est basée sur 142 osselets examinés histologiquement. D'après l'auteur le marteau et l'enclume sont touchés avec une égale fréquence, contrairement à l'opinion de nombreux auristes qui croient à une fragilité spéciale de l'enclume.

Ferreri étudie d'abord les ostéo-périostites et ensuite les ostéomyélites.

Les ostéo-périostites chroniques sont divisées en formes simples et en formes granulomateuses spécifiques. Les premières sont étudiées comme formes *organisantes* et formes *exsudatives*.

Les formes spécifiques, tuberculeuse et syphilitique, sont traitées au chapitre des ostéomyélites granulomateuses spécifiques.

L'ostéomyélite chronique simple, ou carie simple des osselets est divisée en formes *raréfiante*, *purulente*, *granulo fongueuse simple*, et *ossifiante*.

Les formes spécifiques, syphilitique et tuberculeuse, sont l'objet d'une étude très serrée, illustrée par de nombreuses microphotographies. A propos des cellules géantes, qui se rencontrent si fréquemment dans les osselets chroniquement suppurés, l'auteur pense qu'elles proviennent de fibro-blastes déviés de leur activité normale. Il y a là un phénomène regressif plutôt que proliférant.

Un chapitre est consacré aux caries et nécroses des osselets et un autre à cette affection particulière de l'oreille moyenne qu'est la cholesteatome.

De l'anatomie pathologique l'auteur passe au traitement des formes suppuratives chroniques des osselets et se déclare partisan de l'ossiculotomie. Cet acte opératoire endo-auriculaire épargne très souvent, au malade, sauf dans le cholesteatome, l'évidement pétro-mastoïdien, auquel il faudrait fatalement arriver si l'otogiste ne le prévenait par l'extraction des osselets cariés, et le curetage de la caisse malade.

LAPOUGE.

HORACE RICHARDS. — **Un cas d'herpès otique.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, 4 avril, p. 213.

Il s'agit d'une femme de 27 ans qui dans ses antécédents auriculaires ne présentait qu'une otite moyenne aiguë de courte durée à l'âge de 11 ans. Quinze jours avant l'admission à Guy's Hospital elle eut des douleurs auriculaires très profondes, avec insomnie, et des vertiges (de droite à gauche). Quelques jours après elle eut de fréquentes vomissements; bourdonnements intermittents, pas de surdité. Puis

apparut une paralysie faciale périphérique gauche et une éruption très prurigineuse du pavillon gauche. Le tympan était normal ; pas de nystagmus, mais le regard vers la gauche déclenchait du vertige. Pas de déviation marqué à l'épreuve de l'index ; Romberg positif avec chute en avant et vers la gauche. Mouvements oculaires et fonds d'œil normaux. Les épreuves auditives étaient à peu près pareilles des deux côtés. L'éruption était localisée sur le pavillon. Le goût, la sensibilité au toucher n'étaient pas altérés.

La paralysie faciale disparut au bout de sept jours de traitement presque complètement, la guérison était obtenue au bout de deux mois.

QUIRIN.

ANDRY, LAURENTIES et LYON. — **Sur une labyrinthite hérédosyphilitique de deuxième génération.** *Bulletins et mémoires de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 9, décembre 1923, p. 469.

Un nourrisson de 20 mois est atteint de syphilis auditive avec un Bordet-Wassermann positif. Sa mère a été soignée huit ans avant la conception, à l'âge de 10 ans, pour une hémiplegie syphilitique, elle a encore un Bordet-Wassermann positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Deux tantes examinées sur 6, sont toutes deux hérédosyphilitiques, l'une laryngée avec un Bordet-Wassermann positif, l'autre avec un Bordet-Wassermann positif seul. Le grand-père connaissait plus ou moins vaguement son infection ; dans le liquide céphalo-rachidien, le Bordet-Wassermann a été positif.

Il est également important de remarquer ces 9 naissances à terme d'enfants bien développés dont 7 survivent, à peine touchés en apparence. On peut affirmer que les syphilis héréditaires sont aussi souvent que les acquises, compatibles avec une latence et même une inocuité complète. Aussi Andry considère-t-il qu'il est rationnel de dire que la syphilis est une maladie importante plutôt qu'une maladie grave.

A. AUBIN.

CANUYT et TERRACOL. — **Le vertige et l'adrénaline.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, n° 2, février 1924, p. 113.

Le vertige a son origine dans le labyrinthe, et est dû à un trouble vaso-moteur ou toxique, c'est-à-dire sympathique ou endocrinien. Il est donc tout naturel de chercher à le modifier par des ingestions d'adrénaline qui rétablit l'équilibre vaso-tonique des capillaires momentanément détruit et Canuyt, après Vernet, Barbazan... et beaucoup d'autres n'a eu qu'à se louer de cette thérapeutique exclusivement médicale. Suit une observation de syndrome de Menière guéri par l'adrénaline et la posologie de médicament qu'il faut savoir donner à doses suffisantes, bien préparé, et loin des périodes de digestion.

E. HALPHEN.



S.-H. MYGIND. -- **Quelques remarques sur les symptômes de la fistule.** *Acta Oto-Laryng.*, t. VI, f. 1-2, p. 78.

Dans 33 cas de fistules labyrinthiques, contrôlés opératoirement, un signe de la fistule a été produit : par la compression, aspiration ordinaire au niveau du conduit dans 85 % des cas, par la compression carotidienne (signe de Mygind) dans 66 % et par inhalation de nitrite d'amyle (signe de Borries) dans 63 % des cas. La direction des nystagmus a été conforme à la théorie, en ce qui concerne le siège de la fistule dans 80, 76 et 60 % des cas, respectivement pour chacune des épreuves. La réaction par compression carotidienne est due à une anémie des tissus de granulation de la fistule ; il en est de même généralement avec le nitrite d'amyle. Tous ces faits ont une tendance à s'affaiblir ou à disparaître par des examens répétés. Le nystagmus, dans le signe de la fistule, est rarement horizontal pur, généralement horizontal rotatoire, et souvent rotatoire seulement. Cela est dû à l'excitation des canaux verticaux sains et non à celle du canal horizontal malade, ainsi que le prouve la fréquence des réactions calorique et post-rotatoire anormales correspondantes. Les fistules des canaux verticaux peuvent offrir un symptôme de la fistule du type ordinaire. Le symptôme paraît être dû à la pression plutôt qu'à un courant endolymphatique. La théorie d'Hergoz ne donne pas une explication satisfaisante des directions variables de l'endolymphe (et donc des mouvements des yeux) ; la direction dépend probablement de l'oblitération totale ou partielle d'un canal par les produits de l'inflammation.

Le mouvement lent, purement horizontal, que l'on voit particulièrement en touchant la fistule pendant l'opération, ne peut être dû à un déplacement de la capsule. S'il en était ainsi, le relâchement de la pression devrait produire le mouvement opposé du liquide labyrinthique et des globes oculaires et non pas seulement le retour à la position primitive des yeux sur la ligne médiane, comme c'est le cas.

*L'auteur.*

DE KLEYN et VERSTEEGH. — **Quelques remarques expérimentales sur la maladie de Ménière.** *Acta Oto-Laryng.*, t. VI, f. 1-2, p. 38.

L'expérimentation sur le lapin montre qu'une courte irrigation froide de l'oreille, détermine du nystagmus, qui cesse quand l'irrigation est arrêtée. Par contre une irrigation prolongée détermine un renversement du nystagmus primitif après que l'irrigation a cessé. Cliniquement un fait analogue peut être observé après la cessation de la crise de vertige de Ménière.

Ces phénomènes sont interprétés comme indiquant la fatigue des centres d'où dépendent le nystagmus provoqué par l'eau froide, dès lors la stimulation des centres antagonistes, dès lors non contrebalancés produit du nystagmus en sens opposé.

D'autres observations sur le lapin ont trait à l'influence de l'excitation de la muqueuse nasale (éther, chloroforme, etc.) sur le nystagmus-provoqué calorique. Une excitation légère accentue le nystagmus,

mais une forte le paralysie. Ce qui montre que l'idée de traiter la crise de vertige par les méthodes intra-nasales (Ten Siethoff) a une base physiologique.

*Les auteurs.*

DE KLEYN et G. VERSTEEGH. — **Crises de vertiges et nystagmus suivant une position déterminée de la tête.** *Acta Oto-Laryng*, t. VI, f. 1-2, p. 99.

On n'a jusqu'ici pas décrit de cas présentant exclusivement des réflexes labyrinthiques toniques sur les extrémités (cependant Nylen vient d'en décrire; voir analyse ci-dessous). Une combinaison de ceux-ci avec les réflexes toniques cervicaux est rapportée dans les cas de Voss, Spika et Shönlank. Il n'y avait pas jusqu'ici de cas se rapportant exclusivement à des réflexes toniques cervicaux; mais les auteurs en rapportent ici un exemple. Ils donnent pour terminer une technique pour rechercher, séparer les réflexes toniques labyrinthiques et cervicaux.

*Les auteurs.*

NYLEN. — **Quelques cas de nystagmus oculaire produit par certaines positions de la tête.** *Ibid.*, p. 106.

L'auteur a observé 16 cas où, entre autres, existait du nystagmus en rapport avec certaines positions de la tête. Les conclusions sont : 1° Il y a plusieurs cas de vertige de Menière où on peut constater des réflexes labyrinthiques toniques dans le sens de Magnus, de Kleyn (se rapporter à l'analyse ci-dessus), c'est-à-dire du nystagmus provoqué par une certaine position de la tête, durant aussi longtemps que cette position est maintenue et cessant avec la suppression de la dite position de la tête; 2° le nystagmus oculaire est habituellement dans ces cas soit rotatoire vers le côté regardant le plancher ou horizontal vers le côté opposé, après rotation de la tête et du tronc dans le plan frontal autour d'un axe horizontal; 3° le nystagmus a une direction opposée dans les positions latérales droite et gauche; 4° la contre-rotation des yeux de Barany est très variable ou étendue; dans un cas elle est plus grande quand la tête est inclinée vers le côté malade, tandis que dans l'autre elle est moindre quand l'inclinaison se fait vers le côté sain; 5° la cause de ces phénomènes est une altération soit périphérique soit centrale; 6° il est possible dans certains cas de localiser une tumeur dans les centres otolithiques grâce au nystagmus de position, même si les autres signes de localisation manquent; 7° le phénomène peut souvent disparaître après une période allant de quelques jours à quelques mois. Il y a des exceptions, et alors c'est généralement quand le nystagmus survient dans la position couchée, la tête penchée en avant et tournée de côté; 8° récemment l'auteur a pu observer ce réflexe dystagmique de position chez des cobayes, où les membranes otolithiques avaient été arrachés par centrifugation.

*L'auteur.*

J. KRAGH. — **Sur la réaction vestibulaire du tronc humain, mesurée pendant la rotation.** *Acta Oto-Laryng.*, t. VI, f. 1-2, p. 178.

A propos d'un cas où l'auteur avait observé que les épreuves rotatoire et calorique provoquaient des mouvements rythmiques du tronc, 50 sujets avec des labyrinthes indemnes furent examinés pour voir si normalement il se produisait une réaction du corps pendant la rotation dans la chaise tournante ordinaire. Tandis qu'une réaction rythmique ne fut jamais observée, on aperçut toujours un lent mouvement du corps dans le plan frontal et sagittal quand on plaçait la tête dans une position convenable. Le mouvement du corps dans le plan horizontal ne fut pas examiné, pour éviter la confusion avec des mouvements produits par l'inertie.

*L'auteur.*

DE KLEYN ET VERSTEEGH. — **Méthode pour déterminer les positions compensatrices de l'œil chez l'homme,** *Acta Oto Lar.*, t. VI, f. 1-2, p. 170.

Petit dispositif, attaché à la tête du sujet de telle façon que 2 fils fins en croix sont placés devant l'œil. D'autre part après cocaïnisation de l'œil, on applique sur la cornée un fragment de la membrane coquilleuse de l'œuf sur lequel on a tracé une croix à l'encre de chine. L'angle entre les traits des deux croix change quand la position de la tête est modifiée dans l'espace et on peut mesurer cet angle.

*Les auteurs.*

DE KLEYN ET R. LUND. — **La production du nystagmus calorique chez le cobaye.** (*Acta Oto-Laryng.* t. VI, f. 1-2, p. 92.)

Contrairement aux conclusions de Borries chez le pigeon, le nystagmus calorique a vraisemblablement son point de départ, chez les mammifères dans les canaux et non dans les otolithes. En effet a) chez le cobaye, la ponction du cobaye horizontal dans l'espace joue un rôle primordial pour les directions du nystagmus calorique ; b) l'irrigation froide bilatérale n'amène aucun changement dans les fonctions compensatrices des globes (dans les recherches des réflexes labyrinthiques statiques), fonctions qui dépendent sûrement des otolithes ; c) après arrachement par centrifugation des membranes otolithiques, le nystagmus calorique du cobaye ne se différencie en rien de celui des animaux normaux ; en particulier il subit d'une façon typique l'influence de la ponction de la tête dans l'espace.

*Les auteurs.*

BARANY. — **Localisation dans l'écorce de l'hémisphère du cervelet humain.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, 1924 n° 1, p. 23.

Barany a pu faire la preuve de la représentation cérébelleuse exacte des extrémités supérieures et inférieures. Il les situe dans les lobes semilunaires et digastriques. Il existe 4 centres pour les mouvements vers la droite, vers la gauche, vers le haut, vers le bas, et

dans chaque centre il existe une localisation spéciale pour chaque articulation et pour chaque « position d'articulation » (pronation-supination.)

Ce tonus musculaire d'où dépend l'équilibre vient donc du cervelet.

Si un des centres cérébelleux est détruit, il apparaît immédiatement une déviation spontanée du côté opposé:

Mais si on provoque par rotation, irrigation ou galvanisation un nystagmus horizontal, l'erreur d'indication se fait, chez un sujet normal pour toutes les articulations, dans toutes les positions et varie avec la position de la tête, pendant la durée de l'excitation vestibulaire. Chez un cérébelleux, l'indication au contraire sera correcte pour le seul membre correspondant au côté lésé, elle restera modifiée pour le membre opposé.

Ces données déjà classiques, sont étayées dans cet article très substantiel sur 20 observations avec autopsies et la situation exacte des différents centres cérébelleux est minutieusement décrite. Le neuropathologiste et l'otologiste auront grand intérêt à s'y reporter.

E. HALPHIEN.

MILIAN ET PERRIN. — **Maladie de Raynaud, localisée au nez et aux oreilles, de nature syphilitique. Guérison rapide par le novarsénobenzol.** *Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 4, avril 1923, p. 189.

Un homme de 20 ans a une teinte violacée cyanotique du nez et des oreilles qui date d'un mois; cette cyanose très marquée a été précédée d'un rhume de cerveau et de fourmillement local, le reste de la face est pâle; il existe un refroidissement local manifeste et le malade accuse une sensation de froid et d'engourdissement marquée du nez et des oreilles. La sensibilité objective est diminuée. Ces phénomènes sont strictement localisés au visage et subissent de véritables paroxysmes quand le malade est exposé au chaud et surtout au froid.

L'état général est médiocre. Une réaction de Wassermann est fortement positive,

En présence de ce résultat, on met le malade en traitement spécifique; dès la première injection de 30 centigrammes de novarsénobenzol le malade est complètement transformé, la teinte est moins pâle et l'état général se relève. Disparition de tous symptômes après la deuxième injection de novarsénobenzol.

Il s'agit d'un cas d'asphyxie symétrique localisée au nez et aux oreilles, d'étiologie syphilitique révélée seulement par la sérologie, ces troubles ont coïncidé avec de l'hémoglobinurie paroxystique; Balzer a plusieurs fois signalé des cas analogues; ces deux syndromes sont sous la dépendance de lésions syphilitiques du sympathique et non pas de trouble humoral chimique ou physique.

La syphilis a donc un rôle vulnérant pour le système sympathique.

A. AUBIN.



**ORTSCHEIDT. — Malformations du nez par cloisonnement de chaque narine.** *Bulletins et mémoires de la Société anat. de Paris*, juin 1923, p. 516.

Une fillette de 2 mois présente la malformation suivante : la narine gauche est barrée par un pont cutané de 3 millimètres d'épaisseur, qui partant du milieu de l'aile gauche va vers la sous cloison, deux orifices secondaires se trouvent aussi formés sous un centimètre de profondeur qui est la longueur du pont cutané, en arrière les deux orifices débouchent dans une cavité nasale normale. A droite même disposition, mais les orifices sont inégaux et un des pertuis laisse pénétrer seulement un stylet.

Pas de trouble fonctionnel, pas d'autre malformation. Le traitement chirurgical consistera dans l'ablation de la cloison, et une plastie pour diminuer la largeur trop grande de la narine gauche. Les recherches bibliographiques n'ont pas permis de découvrir un cas analogue.

Cette malformation s'explique embryologiquement par la persistance du débris du bourgeon épithélial primitif qui ne s'est pas entièrement résorbé.

A. AUBIN

**JAMES E. LEBENSOHN (Chicago). — Atrésie congénitale des choanes.** *Annals of Otol.*, XXXII, n° 4, déc. 1923, p. 1128.

La plupart des cas d'atrésie congénitale des choanes, d'ailleurs, rares puisque l'auteur n'en a trouvé que 170 cas dans la littérature, sont diagnostiqués « végétations adénoïdes ». L'atrésie bilatérale est trois fois plus fréquente que l'unilatérale. Dans 90 % des cas, il s'agit d'une occlusion constituée par une plaque osseuse verticale, concave du côté du pharynx et située dans les fosses nasales, plaque dont le centre peut être plus mince que la périphérie ou même n'être constitué que par une membrane ; il existe alors, en général, une dépression, parfois une perforation qui ne permet, d'ailleurs, au malade ni de moucher, ni de respirer.

Chez le nouveau-né, cette affection est vraiment grave et la vie de l'enfant dépend souvent du diagnostic. Le symptôme principal est la « dyspnée » cyclique (Richardson) ; l'enfant suffoque, ce cyanose et est incapable de prendre le sein ou le biberon. Un autre caractère pathognomonique est un mucus épais, gélatineux et clair remplissant les fosses nasales. Le diagnostic est confirmé par le lavage des fosses nasales qui montre le reflux du liquide vers l'intérieur et la sonde qui permet de sentir la plaque osseuse obstruant les choanes. Le traitement consiste en une surveillance constante afin de maintenir, jour et nuit, la bouche de l'enfant ouverte, jusqu'à ce qu'il ait appris à respirer par la bouche vers la deuxième semaine de sa vie. Au neuvième mois, le développement du naso-pharynx est suffisant pour permettre l'intervention qui doit être faite à cette époque ou peu après, afin d'éviter les modifications possibles du squelette facial.

Chez l'adulte, on note une obstruction absolue, avec anosmie due à l'absence de courant d'air, accumulation de muqueosités d'une coloration bleu toute spéciale est extraordinairement adhérente, atro-

phie des corniets due à la pression exercée par ces muquosités, enfin dans les cas d'occlusion unilatérale, on observe une déviation de la cloison du côté de l'atrésie. On peut voir aussi quelques autres anomalies telles que; débilité mentale, voix nasillarde, troubles du goût, asymétrie faciale.

L'intervention facile et peu hémorragipare doit être faite sous anesthésie générale, l'anesthésie locale n'ayant pas donné de résultats satisfaisants. La paroi osseuse obstruante est enlevée à la faise électrique ou à la gouge. Puis, suivant la méthode de Brady, on passe autour de la cloison une mèche de gaze bismuthée que l'on change chaque jour pendant une dizaine de jours. Un autre moyen d'éviter les proliférations du vomer et d'ajouter à la première intervention une résection sous-muqueuse totale de la cloison.

L'auteur rapporte, ensuite, une intéressante observation personnelle.

R. PLANTÉY.

E.-P. SNIJDERS et A. STÖLL. — **Un cas de rhinosclérome chez une femme malaise à Sumatra.** *Acta Oto-Lar.*, t. VI f. 1-2, p. 214.

Compte rendu anatomo-pathologique d'un cas de rhinosclérome opéré. Cette maladie est très rare dans l'Inde Hollandaise.

G. Ohngren.

OTTO J. STEIN (*Chicago*). — **Vue d'ensemble sur la question du rhume des foins ; revue critique de l'étiologie et du traitement,** *Annals of Otol*, t. XXXII, n° 4, déc. 1923, p. 1214.

De notables progrès ont été faits dans la pathogénie du rhume des foins. On pense qu'il s'agit là d'un trouble de la sensibilisation dont on ne comprend pas encore complètement la cause ; mais il est probable qu'il s'agit d'une certaine altération des humeurs du corps. La chimie biologique déterminera plus tard s'il faut incriminer une modification chimique ou une disproportion de leurs différents éléments ou un excès ou un manque de sécrétion de quelque glande endocrine. Les symptômes peuvent être dus soit à une réaction anaphylactique soit à une action réflexe. La solution spécifique de pollen peut soulager un petit nombre de malades si elle est bien sélectionnée, préparée et administrée. L'immunité, si elle est ainsi obtenue, n'est que temporaire et le traitement doit être répété aussi souvent que cela est nécessaire. Même entre des mains expérimentées la sérothérapie peut provoquer des accidents sérieux et le pourcentage des guérisons obtenues avec le vaccin de pollen n'est pas plus grand que celui obtenu par les autres méthodes.

L'injection d'alcool dans le nez, précédant une crise donne 80 % de succès et constitue le procédé donnant le maximum de soulagement au malade tout en étant le moins onéreux.

R. PLANTÉY.

C. BOSCHE. — **Les polypes déformants et récidivants des fosses nasales.** *Th. Paris*, 1924.

Cette thèse faite sur l'inspiration du Dr Liébault est une étude très complète de cette affection si curieuse et de pathogénie obscure.

Elle est illustrée de photographies prises sur des malades du professeur Sébilleau et du Dr Liébault.

*Les polypes déformants et récidivants des fosses nasales* constituent une affection assez rare, et distincte de la polypose banale. Elle est caractérisée par l'apparition vers l'époque de la puberté de polypes muqueux généralisés aux deux fosses nasales, accompagnés d'une déformation hyperplastique de la pyramide nasale, et récidivant malgré tous les traitements actuels mis en œuvre.

Nous ne connaissons pas la cause intime de cette polypose, et nous sommes encore réduits aux hypothèses. Il est possible que la syphilis, et quelque perturbation endocrinienne puissent la provoquer.

Un seul traitement peut pallier pour un temps à cette affection, c'est le curettage minutieux de l'ethmoïde que l'on réalise par voie externe en employant une méthode chirurgicale mixte tenant de l'*ethmoïdec-tomie* et de la *transmaxillo-nasale*, (*rhinotomie para-latéro-nasale* de Sébilleau). Une riche bibliographie termine ce très intéressant travail.

L. B.

REVERCHON et WORMS. — **Rhinite atrophique du type ozéneux consécutive à une blessure de la région ptérygo-maxillaire. Syndrome sphéno-palatin.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, janvier 1924, p. 15.

Le syndrome sphéno-palatin n'est pas seulement fonction de sinusite sphénoïdale. Il est dû dans l'observation fort instructive de Reverchon et Worms à une blessure de la joue, à la projection d'un éclat osseux au fond de la fosse ptérygo-maxillaire. L'eschille était au contact du ganglion sphéno, palatin et le blessé, dès les premières semaines qui suivirent le traumatisme ressentit de violentes douleurs, des sensations de brûlures, survenant par crises, dans toute la moitié droite de la face, et s'accompagnant de troubles vaso-moteurs et sécrétions.

Puis quelques mois après, survinrent des troubles sensitifs et trophiques de la pituitaire, toujours du même côté, avec le tableau classique de l'ozène.

Si lorsque le système sphéno-palatin est irrité, on observe le syndrome de Sluder type (rhinite spasmodique, congestion des cornets, éternuements, hydrorrhée), lorsque ce même système est détruit, on peut observer des phénomènes à paralysie, rhinite atrophique, ozène.

Cette observation est capitale pour appuyer l'origine tropho-neuro-tique de l'ozène essentiel. Elle a presque la valeur d'une expérience de laboratoire.

E. HALPHEN.

E. MEYER. — **L'exploration radiologique des sinus accessoires de la face.** *Th. Lyon*, 1924.

Thèse très intéressante faite sur l'inspiration du professeur Lannois, dont les recherches en collaboration avec Arcelin sont présentes à l'esprit de tous.

L'exploration radiologique des sinus n'a de valeur que si elle est pratiquée suivant une méthode bien déterminée : a) la radiographie des sinus frontaux et maxillaires, ainsi que celle de l'ethmoïde, donne

des images parfaitement nettes en plaçant le sujet en décubitus ventral ; le menton et la pointe du nez reposent sur la plaque, et le rayon normal d'incidence est centré exactement sur la ligne médiane à la hauteur des cellules ethmoïdales. (Méthode préconisée par Arcelin), b) la radiographie de l'ethmoïde postérieur et du sinus sphénoïdal s'obtient dans des bonnes conditions en suivant la technique de Hirtz, la tête défléchie (vertex-menton-plaque) ; c) la radiographie de profil complète très bien les premières données, surtout pour l'ethmoïde postérieur et le sphénoïde.

A tous les procédés d'examen clinique des sinus de la face, la radiographie ajoute un complément d'information de premier ordre. Elle en indique les dimensions, la forme, le degré de transparence. Elle mérite d'entrer dans la pratique journalière de l'oto-rhino-laryngologiste au même titre que les autres moyens d'exploration. Elle doit s'accompagner d'une grande précision dans la prise des clichés et dans l'interprétation des images obtenues, afin d'éviter toute erreur.

En cas de lésion unilatérale, la comparaison du côté sain avec le côté malade fournit des renseignements très précis. En cas d'opacité bilatérale ou complète de tous les sinus, il est très important de pouvoir faire des comparaisons avec une série de clichés normaux.

L'importance pratique de l'exploration radiologique varie suivant les différents sinus : a) au sinus maxillaire, chez l'adulte, la radiographie a surtout une valeur de contrôle et de confirmation du diagnostic de sinusite. Elle s'impose dans les cas de tumeur ; b) au sinus frontal, elle est la méthode de choix, non seulement pour révéler la lésion pathologique, mais aussi pour préciser l'existence du sinus, l'absence ou la présence ainsi que l'étendue des prolongements et l'épaisseur de la paroi ; c) c'est dans l'exploration de l'ethmoïde (surtout de l'ethmoïde postérieur) et du sphénoïde, que la radiographie acquiert sa plus grande valeur, puisqu'elle apporte des renseignements que les autres procédés ne peuvent donner (topographie des parois, forme et étendue des prolongements, opacité due à des lésions). En découvrant des foyers d'infection cachés, elle contribue au diagnostic des sinusites postérieures latentes et de leurs complications, surtout du côté de l'appareil de la vision.

Elle permet de reconnaître les traumatismes (trait de fractures) et les corps étrangers dont elle permet une localisation exacte.

CUVILLIER.

**J. BACKER. — Mort par embolie aérienne à la suite d'une ponction du sinus maxillaire. Autopsie. *Calif State J. M.*, 1923, t. XXI, p. 433.**

Le titre résume les conditions de cet accident mortel, qui s'est produit à la suite d'une ponction par le méat inférieur.

**J. OHM. — Trois cas de paralysie du grand oblique après opération sur le sinus frontal. *Acta Oto. Laryng.*, t. VI, f. 1-2, p. 145.**

Chez un enfant et deux hommes, une forte paralysie du grand oblique survint à la suite du détachement de la poulie au cours de



l'opération. Chez deux d'entre eux les troubles de la motilité oculaire furent parfaitement analysés par la méthode de la double image de l'auteur, récemment perfectionnée. Dans un cas il y avait en même temps parésie de l'abducens. Dans le troisième cas (dyplopie dans toute l'étendue du champ visuel), on pratiqua la rétroposition du dr. inférieur de l'œil sain ; ce qui amena la vision simple dans les parties supérieures et moyennes du champ visuel, mais laissa la diplopie dans le segment inférieur.

La méthode de l'auteur est à recommander également pour l'analyse des troubles d'innervation oculaire d'origine labyrinthique.

L'Auteur.

† CANTONNET, MARTERET et BALDENWECK. — **Plurisinusite suppurée aiguë guérie. Œdème de la pupille avec congestion péripapillaire. Opération de Segura-Hirsch. Pas de lésion perceptible du sinus sphénoïdal. Guérison.** *Revue oto-neuro-oculistique*, février 1924, n. 2, p. 105.

Très belle observation de sinusite fronto-maxillaire ancienne et guérie, mais compliquée après un plongeon violent dans l'eau et troubles oculaires graves, œdème de la papille, suffusions sanguines péripapillaires, baisse de la vision. L'absence de toute autre cause centrale pouvant expliquer la névrite optique, Baldenweck pratiqua l'ouverture par voie septale du sinus sphénoïdal. Celui-ci était objectivement normal et cependant quelques jours après, tous les troubles oculaires disparurent.

Y a-t-il une réinfection des sinus à la suite du plongeon ? Réinfection atténuée puisque l'ouverture des sinus n'a pas montré de lésions, ou bien y a-t-il eu embolie veineuse aérienne par hyperpression brusque dans les fosses nasales et effraction du système veineux à la paroi externe des fosses nasales. D'ailleurs l'air et l'eau ont pu pénétrer à la fois par l'ostium du sinus sphénoïdal et agir sur la circulation papillaire. L'opération créant des conditions stato-dynamiques nouvelles a fait cesser ces troubles locaux sans qu'il soit besoin de chercher une cause infectieuse.

E. HALPHEN.

LAMBERT. — **Les complications oculaires des sinusites de la face.** *Virg. M. Month*, 1923, p. 532.

L'auteur envisage surtout la névrite rétro-bulbaire ; l'élargissement de la tache aveugle est de la plus grande importance et doit être recherché systématiquement. Si on a pu éliminer les autres causes de névrite optique, l'opération sur le système sinusien postérieur est indiquée, même s'il n'y a aucun signe clinique ou radiographique, comme dans le cas rapporté par l'auteur.

G. CANUYT et J. TERRACOL. — **La névrite optique rétro-bulbaire et les sinus postérieurs.** *Revue d'oto-neuro-oculistique*, janvier 1924, p. 10.

Canuyt et J. Terracol après avoir étudié l'anatomie des sinus sphénoïdaux et leur rapport intime avec le canal et le nerf optique font

la critique des cas de névrite rétrobulbaire trop hâtivement mis sur le compte d'une lésion sinusale.

La syphilis, la sclérose en plaques ne sont-elles pas souvent à l'origine de ces troubles ? Mais le rhinologiste doit faire un examen minutieux et approfondi de tous les recoins de la fosse nasale et s'il trouve une lésion doit opérer immédiatement sinon il doit attendre de l'ophthalmologiste l'ordre d'intervenir sur un sinus qui lui paraît sain mais qui souvent contient des formations polypeuses, kystiques, de petits empyèmes, qui se révélaient uniquement par des troubles oculaires. Si l'intervention est précoce, les résultats sont miraculeux.

E. HALPHEN.

**WHITE. — Etude anatomique et radiologique du canal optique dans les névrites optiques.** *Boston Med. and Sur. J.*, 1923, p. 741.

Pourquoi certains cas guérissent-ils et d'autres pas ? White, pour étudier ce point, a cherché à déterminer radiographiquement la situation et la conformation du canal optique tant chez des sujets pathologiques que chez des sujets normaux.

Sur 40 mort-nés, le canal avait le même diamètre que chez l'adulte mais était très court. Chez les sujets normaux, 10 % seulement avaient une forme ovale. Le diamètre moyen était de 5 mm. 35. Mais dans les cas de névrite, 50 % avaient le canal ovale. Suit une étude statistique des cas guéris spontanément ou opératoirement dans chaque catégorie de canal ovale et de canal rond. L'auteur conclut que dans les cas de névrite grave avec un canal optique de 4 millimètres il faut opérer sur le système sinusal postérieur. S'il a 5 millimètres, la guérison surviendra spontanément ou à la suite de traitements endonasaux simples... (?)

**Robert H. Ivy (Philadelphie). — Intervention radicale sur le sinus maxillaire et lésions dentaires consécutives.** *Annals of Otol.*, t. XXXII, n° 4, déc. 1923, p. 1197.

Certains auteurs ont prétendu que la cure radicale de la sinusite maxillaire constituait un danger sérieux pour les dents saines voisines de l'incision buccale J.-H. Myers, par exemple, attire l'attention sur la possibilité de dévitaliser les dents ainsi en portant atteinte aux nerfs et aux vaisseaux dont elles sont tributaires.

L'auteur a recherché si ces craintes étaient justifiées. Il a étudié les dents supérieures de vingt malades opérés depuis un temps variant de trois mois à deux ans de cure radicale de sinusite maxillaire suivant les techniques de Denker ou de Caldwell-Luc. Les malades accusèrent presque tous un certain engourdissement des dents et des gencives au niveau de l'incision buccale, ne durant chez les uns que quelques semaines ou quelques mois, chez les autres, au contraire, un an et plus. La vitalité de la pulpe des dents paraissant saines fut éprouvée à l'aide du courant faradique. Dans le cas de dents couronnées ou cariées l'auteur a recherché avec le plus grand soin si la dévitalisation s'était produite avant ou après l'intervention sur le sinus. Les dents dont l'examen faradique eut un résultat négatif, furent

radiographiées pour déterminer s'il y avait des lésions imputables à l'intervention.

Ces recherches minutieuses ont donné les résultats suivants : Chez les sujets opérés depuis peu de temps, l'épreuve faradique montra une absence ou une diminution de la réaction, ceci étant particulièrement vrai pour les canines et incisives des sujets opérés suivant le procédé de Denker où le nerf dentaire antérieur fut enlevé. Pratiquement tous les cas examinés plusieurs mois après l'intervention montrèrent une réaction faradique absolument normale, ce qui indique la régénération du nerf. Un seul sujet n'accusa aucun trouble dentaire après l'intervention et en aucun cas la radiographie ne permit de déceler une lésion quelconque des dents due à l'intervention. Aussi l'auteur conclut-il que les craintes émises ne sont absolument pas fondées et que, même si elles l'étaient, cela ne suffirait pas à condamner cette opération qui, dans beaucoup de cas, est le seul moyen de guérison satisfaisant des sinusites maxillaires chroniques.

R. PLANTEY.

**BARRÉ et STOEGER. — Tumeur du carrefour pétro-sphénoïdal d'origine nasale.** *Revue oto-neuro-oculistique*, n° 2, février 1924.

L'histoire du malade est la suivante : névralgie faciale avec anesthésie dans tout le domaine du trijumeau survenant chez un homme de 35 ans, s'accompagnant rapidement d'exophtalmie réductible avec dilatation veineuse de la région temporo-orbitaire, de troubles de l'ouïe, de la vision et de diplopie, d'irritation labyrinthique et de parésie faciale, le tout comme complication d'une tumeur pharyngo-ethmoïdale qui entraîna la mort après un rapide coma au bout de six mois.

A aucun moment, on ne peut constater d'hypertension intracrânienne, et la tumeur, née autour de la trompe d'Eustache, avait envahi le sinus sphénoïdal et pénétré dans le crâne autour du sinus caverneux en décollant la dure-mère. La tumeur s'étalant à la partie postérieure par-dessus la crête temporale a ajouté aux symptômes du carrefour antérieur des symptômes protubérantiels (VII et VIII). Le diagnostic était intéressant à faire entre une tumeur de l'hypophyse, une thrombo-phlébite lente du sinus caverneux, complication d'une tumeur nasale et une tumeur nasale ayant envahi le crâne.

L'ordre d'apparition des symptômes permet seul de choisir entre ces différentes hypothèses.

E. HALPHEN.

**J.-M. ALONSO. — Contribution à l'étude des fibromes du naso-pharynx chez la femme.** *Acta Oto-Laryng*, t. VI, f. 1-2, p. 45.

Une femme de 45 ans avec absence complète de la respiration nasale et avec rhinolalie fermée présente à l'examen une grosse tumeur qui remplit le naso-pharynx et la cavité nasale gauche et qui déplace la voile du palais en avant et en bas et la cloison fortement à droite.

Après ligature des deux artères carotides externes et trachéotomie, la tumeur fut extirpée selon le procédé de Kocher. Guérison sans déformation, de la face, ni difficulté persistante à la mastication et à la déglutition. Les dimensions de la tumeur étaient  $7\frac{1}{2} \times 7$

> 8 centimètres. L'examen histologique montra que la tumeur était un fibrome.

Les fibromes du nasopharynx sont rares chez les femmes d'un certain âge. On en trouve cependant aussi tard qu'à la soixantaine. L'auteur décrit plusieurs procédés opératoires et ajoute une bibliographie importante.

G. Ohngren.

COENON. — **Le fibrome basilaire (polype nasopharyngien typique). Tumeur d'origine squelettique.** (*Münch. medizin. Wochensch.*, t. LXX, n° 76, 29 juin 1923. p. 829-833, 9 figures).

Le polype ou fibrome nasopharyngien n'est pas un fibrome ordinaire, mais une formation ramifiée angiomateuse, semblable au fibrome, un fibroïde. Histologiquement non maligne, cette tumeur possède néanmoins une malignité clinique par sa tendance extensive et progressive vers les cavités avoisinantes, de nombreuses complications vasculaires et infectieuses menacent directement l'existence.

C. distingue 4 types cliniques : 1° Fibrome basilaire typique à siège médian dont le point d'implantation siège sur la surface basilaire ; la tumeur se développe avant tout dans le cavum en envahissant exceptionnellement les fosses nasales. 2° Le type sphénoethmoïdal ou choanal, à sa racine au voisinage des choanes ou sur le sphénoïde, la tumeur se développe vers une fosse nasale, l'épipharynx, l'orbite. Ne pas confondre cette forme avec les polypes muqueux. 3° Le type ptérygomaxillaire avec extension minime dans l'arrière-bouche, l'extension se fait surtout vers la joue et le nez. 4° Le type tubaire, rare, la tumeur est pédiculée s'implantant au niveau du cartilage tubaire et pend dans l'épipharynx en battant de cloche.

C. rappelle ensuite l'embryologie des os du crâne se basant sur celle-ci et l'évolution des tumeurs pour considérer ces dernières comme d'origine squelettique.

A. AUBIN.

CH. MATHIEU et GAMALEIA. — **A propos de trois cas de thrombophlébite des sinus caverneux, complication d'accidents dentaires et particulièrement de la dent de sagesse.** *Revue Médicale de l'Est*, avril 1924.

Après un historique de la thrombose des sinus craniens et de leur pathogénie, où le furoncle et l'anthrax de la lèvre supérieure jouent un rôle primordial, les auteurs ont recherché les observations, rares d'ailleurs, de thromboses consécutives à des accidents d'origine dentaire. Ombrédanne, dans son *Traité des Maladies de mâchoires*, ne fait que signaler cette complication et en relate un cas à titre de rareté.

MM. Mathieu et Gamaleia en donnent trois observations. La première : œdème phlegmoneux de la zone et de la région temporale gauche, suite d'accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure gauche, la deuxième : carie de la dernière grosse molaire inférieure gauche avec ostéophlegmon du maxillaire, la troisième : accidents infectieux de l'évolution de la dent de sagesse inférieure gauche, simulant une parotidite aiguë.



L'évolution dans ces 3 observations a été semblable et malgré l'extraction de la dent et le débridement du foyer infectieux, d'une part, suivis de l'abord par voie préauriculaire de la loge ptérygoïdienne, la thrombose caverneuse faisait son apparition avec tous ses signes et la mort survint rapidement.

Les auteurs montrent ensuite la voie que suivent les affections des dents, des maxillaires, de la bouche et du pharynx. La propagation de l'infection au sinus se fait de deux façons : ou par l'intermédiaire de l'œil (phlegmon de l'orbite compliquant la carie et la périostite alvéolo-dentaire) ou par l'extension de proche en proche c'est-à-dire au plexus ptérygoïdien et aux veines du trou ovale. Les affections de l'amygdale et du pharynx empruntent la même voie.

Après avoir repris la symptomatologie de la thrombose du sinus caverneux, et posé le diagnostic, ils abordent la question du traitement, qui est appliqué, disent-ils, le plus souvent *in extremis*.

S'appuyant sur leurs observations, ils en tirent les conclusions suivantes :

Agir avant l'apparition des signes de thrombose sinusienne, par des débridements profonds portants sur le foyer initial et sur la fosse temporale.

Il faut drainer avant que l'infection ne gagne les fosses ptérygo-maxillaire et surtout temporale, car dès qu'apparaît l'œdème temporal, le pronostic est des plus réservés. Si la phlébite ophtalmo-veineuse éclate, porter son action sur le sinus lui-même. Trois voies d'accès sont conseillées : la voie trans-malaire, (Robineau, thèse) ; la voie trans-orbitaire (Langworthy) ; la voie trans-sphénoïdale (Toupet).

Seul la méningite confirmée empêche l'intervention. Mais tant que les centres nerveux sont indemnes il faut tenter une intervention sans laquelle le sort du malade est fatal.

Les auteurs terminent par un chapitre de vaccinothérapie, et insistent sur la sérothérapie antigangréneuse de Weinberg. Ils conseillent enfin les arsenicaux administrés par voie veineuse étant donné la flore microbienne spéciale au milieu buccal. P. MOUNIER.

CHOMPRET. — **Chancre de la gencive.** *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, novembre 1923, n° 8, p. 415.

Une femme de 19 ans présente à la région incisive supérieure gauche au bord libre de la gencive, une légère ulcération recouverte d'une fausse membrane grisâtre. Elle cherche à l'enlever, et à ce niveau se forme un bourgeon dur, épais, rougeâtre. A ce moment apparaît une adénite qui en moins de deux jours prend le volume d'une grosse noix. Au bout de quinze jours, l'adénite disparaît mais à ce moment apparaissent des taches rosées qui se généralisent, le diagnostic de roséole est porté, un B. W. confirme le diagnostic de syphilis. Le tréponème est constaté à l'ultra-microscope au niveau de l'ulcération buccale.

M. Qeyrat, dans la discussion, précise les caractères de l'adénopathie des accidents primitifs buccaux, elle est monoganglionnaire sou-

vent volumineuse, douloureuse, avec réaction inflammatoire, pouvant même aller parfois jusqu'à la suppuration. Cette particularité est trop souvent méconnue ; on la croit obligatoirement poly-ganglionnaire, aphlegmasique et indolore.

A. AUBIN.

BURNIER. — **Chancres syphilitiques de la langue.** *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juillet 1923, n° 7, p. 360.

Les chancres de la langue sont relativement rares, parmi les chancres extra-génitaux, puisque Fournier dans sa statistique en a observé 53 cas sur 128 chancres buccaux et Gaucher 12 cas sur 80 chancres de la bouche.

Un homme de 28 ans vient consulter pour une lésion peu douloureuse de la langue, apparue depuis trois semaines ; on constate dans le 1/3 antérieur de la moitié droite de la langue, près du sillon médian, une nodosité arrondie, surélevée en plateau, de consistance ferme et de coloration rouge : sa grandeur est celle d'une pièce de 50 centimes, et elle présente au centre une dépression cupuliforme très nette, grande comme une lentille.

La pression est indolente, dans la région sous-maxillaire du même côté existe un seul ganglion, mobile, peu douloureux, gros comme une noisette. Malgré l'absence de l'adénopathie caractéristique, on porte le diagnostic de chancre syphilitique qui fut confirmé par la présence de syphilides érosives du gland, un Wassermann positif et la présence de tréponèmes dans le chancre à l'ultra-microscope.

Il s'agit donc dans ce cas d'un chancre de la langue à forme hypertrophique, en plateau, type plus rarement observé que la forme ulcéreuse ou fissulaire.

A. AUBIN.

CH. DURET ET L. MICHON. — **Les abcès de la langue.** *Revue de Chirurgie*, t. LXI, n° 6, 1923, p. 419-458, 5 figures.

Duret et Michon rapportent deux observations d'abcès de la langue. Pour eux ces abcès ne sont que l'expression terminale d'une glossite parenchymateuse profonde, dont la septicité buccale doit toujours être rendue responsable. Ces abcès se développent dans le tissu cellulaire de la langue, disposés en travées minces et interfasciculaires, ces espaces cellulaires communiquent avec les espaces cellulaires du cou par le trajet de l'artère linguale.

On distingue des formes médianes, latérales et des formes de la base ; la texture de la langue explique que le pus ait des difficultés à se collecter, d'où les douleurs violentes accusées par les malades et la fréquence des abcès à loges multiples.

Les symptômes habituels sont : gonflement lingual, troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation, et parfois de la respiration. Le traitement consiste dans l'incision par voie buccale, exceptionnelle par voie cervicale.

A. AUBIN.

ELLISON L. ROOS (Chicago). — Quelques effets généraux de l'anesthésie locale dans l'amygdalotomie. *In Annals of Otol.*, t. XXXII, n° 4, déc. 1923, p. 1229.

L'emploi de la cocaïne dans l'amygdalotomie provoquant fréquemment des accidents parfois à peine perceptibles, parfois au contraire très prononcés, l'auteur a procédé à des recherches expérimentales sur des chiens et est arrivé aux conclusions suivantes. L'anesthésie locale pratiquée sur des animaux suivant la technique habituellement employée pour l'ablation des amygdales produit des troubles marqués de la circulation. La pression artérielle est très augmentée, ce qui est tout naturel si l'on pense à l'action physiologique bien connue de la cocaïne et de l'adrénaline injectées dans le courant sanguin. La pression veineuse intracrânienne est relativement beaucoup plus augmentée que la pression artérielle. Cette dernière augmenta, dans les cas observés par l'auteur de 223 % alors que la pression veineuse augmenta de 467 %. Or, il ne faut pas oublier que les grandes variations de la pression sanguine peuvent produire des troubles cérébraux et respiratoires marqués. Si on n'emploie ni cocaïne, ni adrénaline, les modifications de la circulation sont négligeables.

D'après ses observations, l'auteur conclut que le minimum de cocaïne nécessaire pour obtenir une anesthésie est suffisante pour rendre le sujet très sensible à l'action de l'adrénaline sur la pression sanguine. C'est pourquoi cet anesthésique doit être supprimé complètement chaque fois que cela sera possible. Il faut également réduire au minimum la quantité d'adrénaline ajoutée à la cocaïne. R. PLANTÉY.

C. V. WELLER. — Causes et pathogénie des concrétions amygdaliennes. *Ann. of Otol.*, mars 1924, t. XXXIII, n° 1, p. 79.

Les calculs amygdaliens assez volumineux pour attirer l'attention sont rares; mais les petits calculs sont fréquents (8 % des amygdales enlevées). Toutes les transitions de volume existent. Aussi peut-on voir les unes et les autres à tous les âges, quoique les gros calculs cliniquement décelables ne se voient guère qu'à l'âge adulte avancé. L'étendue microscopique montre que ces concrétions calcaires surviennent en n'importe quel point de l'amygdale; mais pour les gros calculs c'est, sauf exception, au niveau des cryptes qu'ils se développent.

Ils tirent leur origine des organismes morts de la bouche et des masses de keratohyaline. Pour les calculs naissant dans les cryptes, ils peuvent avoir aussi leur point de départ, dans les débris alimentaires et les exsudats inflammatoires. Dans tous les cas, on peut rencontrer de la cholestérine.

Dans le tissu lymphoïde amygdalien, il peut survenir de la calcification de pus ancien, de la suppuration ou de la nécrose caséeuse, absolument comme dans tout autre tissu lymphoïde. De petites concrétions intracellulaires dans les cellules géantes de tubercules vrais peuvent faire prendre ces derniers comme des pseudo-tubercules à corps étranger.

Les calculs amygdaliens, conformément à la loi générale régissant la

formation des calculs, se développent seulement sur un noyau organique à un stade de nécrose ou de nécrobiose ; et ils peuvent montrer, quoique faiblement ici, un état lamellaire concentrique et une striation radiée.

L'association très fréquente de cristaux de cholestérine, au début de la formation des calculs, indique la présence de lipoides et la formation de savons comme un facteur important de leur constitution et de leur développement chimique.

Lorsqu'ils se développent beaucoup, les calculs amygdaliens favorisent et prolongent l'inflammation des parois de la crypte qui les loge.

IRWIN MOORE. — **A propos de la présence de tissu ostéo-cartilagineux dans les amygdales.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, n° 3, 4, mars et avril 1924.

Un cas d'ostéome de l'amygdale observé par Herbet Tilley donne l'occasion à l'auteur de reparler longuement de cette question d'actualité. L'origine de ces formations pathologiques peut être extrinsèque et intrinsèque ; dans le premier cas il s'agit d'un développement anormal de l'apophyse styloïde, de débris osseux considérés comme des cotes surnuméraires, situées soit dans le pli palato-lingual, soit dans le pli palato-pharyngé, ou ayant poussé des prolongements jusque dans les amygdales. Il existe dans la littérature une vingtaine de ces cas. La seconde variété est la plus fréquente ; les statistiques diffèrent beaucoup, certaines prétendent trouver jusqu'à 38 % d'ilots ostéocartilagineux dans les amygdales examinées. Il est certain que l'on observe un plus grand pourcentage chez les fœtus et les nouveau-nés. L'étiologie est matière à grande discussion ; la théorie embryonnaire et la théorie métaplasique s'opposent ; en faveur de chacune d'elles les auteurs ont trouvé des arguments plausibles. Il existe enfin quelques auteurs qui considèrent les deux théories comme insuffisantes, et admettent en somme une combinaison des deux, la présence de débris embryonnaires associée à une prédisposition spéciale chondro-ostéoplasique de la part des cellules conjonctives vis-à-vis du processus inflammatoire, ce qui revient au même.

Dans la note additionnelle du professeur Shattock cet auteur, sans vouloir nier les faits qui parlent en faveur de la métaplasie, explique la présence de tissu ostéo-cartilagineux dans les amygdales plus aisément par le déplacement de débris chondroplastiques dans la vie embryonnaire.

L'auteur conclut à la présence dans un tiers des cas de néoformations ostéocartilagineuses, vérifiées au microscope. Il s'appuie pour la plupart des cas sur la théorie des inclusions embryonnaires des arcs branchiaux. Le tissu osseux se développe aux dépens du cartilage, de même que celui-ci sert de point de départ aux chondromes et fibrochondromes de l'amygdale.

QUIRIN.

SCHIERCKE. — **Une cause rare de dysphagie : la longueur anormale de l'apophyse styloïde.** *Z. f. Ohr.*, t. VII, f. 3, p. 251.

Observation que le titre résume suffisamment et qui s'ajoute à quelques cas rarissimes analogues de la littérature. La résection d'une partie de la styloïde a guéri la malade.



GHERARDO FERRERI. — **Canule laryngienne pour le radium**  
*Atti della Clin. oto-rino-lar. di Roma*, vol. XX, 1922.

L'auteur estime que les granulomes syphilitiques, les manifestations tuberculeuses, les chondrites chroniques pyogéniques et le lupus bénéficient des irradiations. Les nodules et les sténoses cicatricielles étendues se ramollissent sous l'action du radium. Les néoplasmes de nature non épithéliale et parfois le cancer, s'il n'a pas de prolongements éloignés, sont justiciables de la radiumthérapie.

Les applications varient selon les cas, mais l'instrumentation est encore déficiente. Alors que la trachée n'a pas été ouverte, on doit se borner à répandre des émanations qui atteignent aussi bien les éléments pathologiques, que les tissus normaux, de sorte que les résultats sont souvent désastreux. Il fallait donc employer un appareil susceptible de rester à demeure dans le larynx sans provoquer l'intolérance et permettant une aération normale. La canule d'O'Dwyer répond à ce but, son insertion est aisée, et elle peut séjourner de vingt-quatre à quarante-huit heures en cas de sténose aiguë de l'organe vocal.

Au cas où la présence du tube serait pénible, on peut l'extraire un moment, puis l'introduire à nouveau sans inconvénient. Chez les trachéotomisés, elle offre l'avantage d'une stabilité absolue et permet de localiser exactement le point à irradier.

Ferreri a pensé à insérer dans le corps du tube d'O'Dwyer la substance radioactive enfermée dans un étui dont le siège varierait selon le secteur laryngien affecté. Pour cela, on partage géométriquement l'organe vocal en quatre sections (antérieure, postérieure, droite et gauche) puis on ménage dans la canule de vulcanite, quatre canaux destinés à recevoir le radium selon la région affectée. L'appareil consiste en un instrument de caoutchouc durci muni d'un tube métallique destiné à assurer la circulation normale de l'air.

Cette canule permet d'irradier facilement l'organe vocal qui jusqu'ici n'a pas beaucoup bénéficié de ce mode de traitement. La description est accompagnée de la reproduction de l'appareil.

G. G.

LOGAN TURNER. — **Métastase laryngée d'un épinéphrome du rein droit.**

Observation clinique et histopathologique complète d'une métastase de tumeur de Grawitz du rein droit chez un homme de 70 ans. Le seul signe physique était un enrouement datant de trois mois. Au miroir on voyait seulement un petit kyste (?) de la gouttière laryngopharyngée gauche. Mobilité complète des cordes ; par contre il existait une infiltration tumorale lisse sous-glottique.

Comme il existait une autre tumeur dans la région du deltoïde droit, on fit une biopsie dans cette région ; l'examen histologique donna un épinéphrome. On découvrit alors plus aisément une tumeur rénale droite qui ne laissa bientôt plus aucun doute sur sa nature, puisque le malade eut peu de temps après de l'hématurée. Il mourut quelques mois après de cachexie. L'autopsie partielle (reins et organes du cou) permit de trouver une tumeur de Grawitz dissé-

minée dans la capsule surrénale et dans le rein droit, une métastase laryngée s'étant développée surtout vers le corps thyroïde partiellement envahi.

QUIRIN.

**J. GUISEZ. — De quelques points essentiels de la technique en broncho-œsophagoscopie.** *Bulletin d'O.-R.-L.*, janvier 1924.

C'est une méthode d'examen et de diagnostic qui ne doit jamais donner d'accident. Il faut employer l'éclairage frontal à long foyer et le tube le plus court et le plus large possible, les tubes étroits pouvant refouler ou laisser ignorer un corps étranger. La lumière ovulaire est préférable.

En bronchoscopie le choix du tube est important chez les enfants, il doit être olivaire.

L'instrumentation allemande ne devrait jamais être employée en œsophagoscopie. Le franchissement de la glotte est facilité par la spatule tube démontable. Le mandrin est utile pour pénétrer dans l'œsophage lorsqu'on connaît le siège du rétrécissement. Tout malade à œsophagoscopier doit avoir pris une alimentation liquide depuis deux jours et être à jeun la veille.

En cas de sténose, faire avant le cathétérisme à la bougie olivaire molle. Pratiquer toujours l'examen aux rayons X immédiatement avant l'endoscopie, car un corps étranger se déplace rapidement.

L'anesthésie sera locale à la cocaïne, générale pour les enfants au-dessus de 2 ans ; au-dessous pas d'anesthésie.

*Position du malade en œsophagoscopie.* — La tête renversée en arrière, en rectitude, en position couchée sur le dos. La tête doit être en légère hyperextension pour franchir la bouche de l'œsophage ; ensuite légèrement fléchie pour parcourir la région cervicale et thoracique et de nouveau en extension et le tube incliné vers la gauche pour la région cardiaque.

En bronchoscopie la tête doit être inclinée du côté opposé à la bronche à examiner.

*Temps difficiles.* — La bouche de l'œsophage, en cas de spasme : cocaïner et attendre en poussant le tube. S'il y a un diverticule passer le tube sur une fine bougie conductrice. En cas de redressement insuffisant de la tête, introduire par l'une des deux commissures labiales.

En bronchoscopie la recherche de la glotte est difficile (tube spatule) ; chez l'enfant un tube trop gros peut amener de l'œdème sous-glottique et de l'asphyxie. Aller avec prudence.

Sans anesthésique, on peut œsophagoscopier des enfants de quelques mois. Avant 2 ans faire de préférence à la bronchoscopie supérieure une bronchoscopie inférieure et une trachéotomie. Chez les vieillards tenir compte de l'état des poumons et du cœur.

Henry PROBY.

**S.-H. WATTS. — Cardioplastie pour cardiospasme.** *Annals of Surgery*, vol. LXXVIII, n° 2, août 1923, p. 164-172 avec 6 figures.

Watts commence par un historique des diverses méthodes de traitement du cardiospasme : rétrodilataction œsophagienne, dilatation par

voie endo-œsophagienne, gastrostomie simple, gastrostomie avec dilatation forcée du cardia par voie endogastrique (Mikulicz), plicature de l'œsophage, par voie thoracique trans ou sous pleurale ou résection longitudinale partielle du conduit dilaté. La plicature est une mauvaise méthode parce qu'elle ne s'attaque pas à la cause des accidents.

La première cardioplastie a été faite en 1910, par Wendel, incision verticale antérieure du cardia suturé transversalement : guérison. En 1914, Heller fait une cardioplastie extra-muqueuse, guérison maintenue au bout de sept ans ; 16 autres malades opérés par ce procédé auraient donné, 12 succès et 4 résultats médiocres. En 1913, Hérovsky fait avec succès une œsophago-gastrotomie, cette opération est répétée avec des résultats assez satisfaisants par Exner, Enderlien, Fusterer, Sauerbruch. En 1914, Ropke aborde l'œsophage par voie abdominale, et résèque le tissu péri-œsophagien jusqu'à la musculature du conduit. Guérison.

Il semble pour Watts que la méthode la plus simple est la dilatation forcée du cardia, par voie transgastrique, mais elle expose à la récurrence. L'opération radicale la plus simple et la meilleure est la cardioplastie extra-muqueuse de Heller.

OBSERVATION. — Depuis quinze ans, une femme souffre de dysphagie et de régurgitation. La nutrition est presque impossible, la malade vomissant quinze à vingt minutes après leur déglutition, les aliments solides difficilement avalés. La radio montre l'œsophage extrêmement dilaté jusqu'auprès du cardia, pas trace de baryte dans l'estomac, cathétérisme impossible. Une première intervention, gastrotomie, dilatation digitale du cardia et gastrotomie, donne un soulagement transitoire. Un an après on est obligé de refaire une gastrotomie pour remonter l'état général de la malade devenue cachectique. Une deuxième intervention est faite quand l'état général est meilleur, elle consiste en une incision de la paroi antérieure de l'œsophage et de l'estomac, suture transversale. Guérison. Le malade avale toute nourriture et la radio montre qu'une grande partie de la baryte passe dans l'estomac.

A. AUBIN.

**B. BRUZZI. — Pathogénie et traitement des sténoses cicatricielles de l'œsophage.** Thèse Naples. Tipogr. La Nuovissima 1923.

L'ouvrage débute par un chapitre d'anatomie, auquel fait suite un exposé physiologique. La pathogénie est l'objet d'une longue étude ; c'est la partie la plus importante du travail. L'auteur classe les sténoses de la façon suivante :

1° Sténoses cicatricielles traumatiques, consécutives à l'ingestion de liquides caustiques, d'aliments trop chauds, de corps étrangers. Les sels et acides caustiques ont une action différente de celle des alcalis caustiques. Ceux-là circonscrivent leurs dégâts, ceux-ci au contraire les diffusent, et provoquent secondairement de véritables « rétrécissements calleux ».

2° Sténoses cicatricielles par ulcération, variables suivant qu'elles

sont une séquelle d'ulcération simple, d'ulcères par maladies infectieuses aiguës ou d'ulcères spécifiques chroniques.

3° Sténoses cicatricielles par inflammation chronique. Elles peuvent être simples, hypertrophiques, ou scléro-cicatricielles.

Après un chapitre d'anatomo-pathologie, l'auteur aborde la symptomatologie. A la première période, dysphagie d'abord pour les solides, ensuite pour les liquides, mais beaucoup plus tard, régurgitation des aliments ; sialorrhée ; amaigrissement consécutif à l'insuffisance alimentaire. On ne doit affirmer le diagnostic qu'après un examen très soigné (inspection, palpation, auscultation) avec cathétérisme de l'œsophage, radioscopie et radiographie, et surtout exploration œsophagoscopique avec l'instrumentation de Brünings.

L'auteur en décrit les différentes techniques : position en décubitus latéral de Ledoux, position de Nicolaï, position fléchie en avant de Mouret et Cazejust, position en décubitus dorsal avec tête pendante en dehors de la table, position assise de Brünings. Les deux méthodes d'introduction du tube sont longuement étudiées : 1° sous le contrôle de la vue, 2° sous le contrôle du tact. Dans cette dernière méthode, d'ailleurs moins répandue, le tube contient un mandrin, que l'on retire dès que l'instrument est engagé dans le conduit œsophagien.

L'auteur passe ensuite à l'œsophagoscopie rétrograde, et au diagnostic œsophagoscopique des sténoses qui constitue le chapitre le plus intéressant. Il étudie avec grand soin les aspects variables des sténoses suivant leur gravité, leur siège, leur origine ; il s'arrête longuement sur le diagnostic différentiel entre les sténoses et les spasmes de l'œsophage, la paralysie, les rétrécissements congénitaux, néoplasiques, les rétrécissements par compression, les inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques, les diverticules et les sténoses pyloriques. Quelques pages sur le pronostic et la fin de l'ouvrage est consacrée au traitement. Celui-ci est préventif ou curatif. L'auteur apprécie beaucoup la méthode du cathétérisme permanent, dans le cas d'ulcérations par caustiques ; grâce à cette manœuvre il a prévenu les rétrécissements concentriques.

Pour les sténoses anciennes, il emploie la dilatation lente progressive, avec la sonde, qu'il laisse en place de quelques minutes à une demi-heure. Il introduit la sonde sous le contrôle visuel œsophagoscopique, qui permet aussi l'application de lamineires ou de tubes de gomme. Mais il est des cas où la dilatation seule est impuissante. L'auteur a recours alors à l'œsophagotomie interne, avec des appareils spéciaux, (ceux de Guisez, Sencert, Escat, Chevalier Jackson) ou à l'électrolyse (instrumentation de Guisez, Nicolaï, Carel). Il donne aussi les techniques de dilatation rétrograde, après gastrotomie (sphinctérienne ou valvulaire).

Après un exposé des interventions chirurgicales par voie externe, l'on trouve, rapportés, 38 cas personnels. Ce sont surtout des sténoses consécutives à des brûlures par alcalis caustiques avalés dans un but de suicide. Elles sont à forme tubulaire étroite, et non à diaphragme membraneux. L'auteur les traite par la dilatation progressive et lente.

Une bibliographie remarquable termine cet ouvrage, qui se place parmi les meilleurs sur les sténoses de l'œsophage et fait grand honneur à l'école de Naples.

LAPOUGE.



TOURNEUX et LEFEBVRE. — **Kyste amygdaloïde à épithélium prismatique cilié.** *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, avril 1923, n° 4, p. 357.

Un enfant de 3 ans 1/2 présente au niveau de la région latérale droite du cou, une petite tumeur ovoïde de la grosseur d'une amande : plus bas, à 1 centimètre du sternum, on voit la trace d'un orifice fistuleux actuellement oblitéré.

Cette masse apparue il y a un an a été prise pour une adénite bacillaire, et ponctionnée ; après la dernière injection il s'est produit une fistule qui donne d'une façon intermittente par l'orifice sus-sternal. Depuis trois mois, la tumeur qui avait semblé entrer en régression, a recommencé à augmenter de volume. Bien limitée, lisse, régulière, ferme, plutôt résistante que fluctuante, elle est soulevée rythmiquement, mais ne présente pas d'expansion pulsatile. L'intervention est pratiquée, le diagnostic de kyste étant plus vraisemblable que celui d'adénite bacillaire. L'examen de la pièce confirme ce premier diagnostic : la poche qui contient un peu de liquide a une paroi épaisse, légèrement mamelonnée. L'examen histologique montre que l'épithélium prismatique cilié simple est doublé à sa face profonde par une épaisse couche de tissu lymphoïde, ayant de distance en distance des follicules clos. A la périphérie, quelques fibres musculaires lisses.

Tourneux et Lefebvre, malgré que l'épithélium de revêtement diffère des cas décrits par Terrier et Lecène, pensent qu'il s'agit tout de même d'un kyste amygdalien, dû à une inclusion endodermique de la deuxième fente branchiale. Pour eux, en effet, l'élément caractéristique du kyste amygdaloïde, n'est pas la nature de l'épithélium mais la seule présence de tissu lymphoïde ; l'épithélium ne peut avoir un aspect constant, car c'est le moment de l'inclusion, qui le détermine. Les cellules endodermiques avant le 3<sup>e</sup> mois appartiennent à la catégorie des épithéliums polyédriques stratifiés. Vers le 3<sup>e</sup> mois, elles sont prismatiques ciliées (cas de l'observation) ; plus tard, elles ont le type adulte pavimenteux stratifié.

L'un des trois types pourra donc être réalisé selon le moment où se produira l'inclusion.

A. AUBIN.

---

Le Gérant : P. VIGOT.

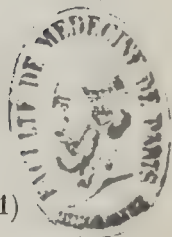
# MÉMOIRES

---

## LE NYSTAGMUS PROVOQUÉ PAR LES MOUVEMENTS DE LA TÊTE (1)

Par L. BALDENWECK

---



Il est de notion courante que les mouvements de la tête provoquent ou exacerbent les vertiges, chez les individus qui y sont sujets. Comme les vertiges d'origine vestibulaire s'accompagnent de nystagmus, les mouvements de la tête provoqueront du nystagmus en même temps que du vertige.

Ces mêmes mouvements peuvent aussi provoquer du nystagmus seul, sans vertige ou du moins sans vertige caractérisé. Ceci répond à une loi très générale de physio-pathologie vestibulaire : vertige et nystagmus ne sont pas indissolublement liés, en ce sens que s'il n'y a pour ainsi dire pas de vertige (vestibulaire) sans nystagmus, le nystagmus, qu'il soit spontané ou provoqué, peut se voir en dehors de tout vertige.

J'exposerai brièvement : 1° la technique de cette recherche ; 2° les considérations théoriques sur lesquelles elle repose et 3° les conclusions pratiques que l'on peut en tirer actuellement.

### I. — TECHNIQUE

Deux précautions sont à prendre. La première est de s'assurer si le sujet a ou non du nystagmus spontané ; dans ce dernier cas l'observation est simplifiée, dans le premier il faut noter les modifications que les mouvements de la tête impriment éventuellement au nystagmus spontané préalable.

La deuxième précaution consiste à éliminer les influences d'origine oculaire et en particulier celle des efforts de fixation dans

1. Communication à la Société Parisienne d'ophtalmologie, 21 juin 1924.

Pour plus de détails, v. l'article que j'ai fait paraître dans la *Revue d'Oto-Neuro Oculistique*, juillet 1924.

la position latérale du regard, qui est celle où on va rechercher les nystagmus d'intensité modérée.

Ceci posé, on peut provoquer le nystagmus en imprimant à la tête : a) soit un mouvement brusque ; b) soit un mouvement lent. La première manière de faire est la méthode primitive ; la deuxième est celle que l'on tend à pratiquer actuellement. A notre avis, les deux procédés ne mettent pas en jeu les mêmes éléments, ils donnent des résultats souvent différents ; ils doivent donc être utilisés successivement.

*A) Nystagmus provoqué par les mouvements brusques de la tête.*

Il avait été signalé par Barany dès le début de ses recherches. Le mouvement imprimé à la tête peut être réalisé suivant des axes. Pour de multiples raisons, dont la principale est la simplification de la technique, nous nous contentons d'un renversement de la tête en arrière et unique.

Le nystagmus ainsi produit ne dure que quelques secondes ; il est d'intensité moyenne, du moins en général et si le sujet est en dehors de toute crise vertigineuse récente. Dans ces conditions, la sensation vertigineuse pouvant accompagner le nystagmus provoqué est nulle ou imprécise et fugace. Par contre si le sujet est en état de crise ou a eu des vertiges récents, la manœuvre peut déclencher un accès vertigineux intense et ce nystagmus est alors violent, prolongé, persistant alors même que la tête a été remise en position naturelle. Ce n'est d'ailleurs plus à ce moment au nystagmus provoqué par le mouvement de la tête et strictement lié à lui que l'on a affaire, mais à un vrai nystagmus spontané dont l'intensité, la forme et la direction sont sous la dépendance de l'état pathologique fondamental des voies vestibulaires.

*Le nystagmus dû uniquement au mouvement brusque de la tête est lui, nous l'avons dit, passager.* Il offre encore cette particularité, bien mise en évidence par Barany, qu'on ne peut le reproduire plusieurs fois de suite. Si on renverse la tête du sujet, à des intervalles trop rapprochés, dès la 3<sup>e</sup> ou la 4<sup>e</sup> manœuvre, parfois même dès la 2<sup>e</sup>, il ne se produit plus rien (adaptation des centres nerveux).

Le nystagmus ainsi produit est souvent bilatéral, assez menu ; la composante rotatoire prédomine généralement ou souvent même existe seule.

B) *Nystagmus provoqué par les mouvements lents de la tête.*

Il est à l'ordre du jour. *Par lui, en effet, on pense avoir quelque idée sur l'état fonctionnel de l'appareil otolithique.* Ses caractères sont très différents habituellement de ceux du précédent. Pour sa recherche, et quoiqu'on puisse l'obtenir par des mouvements variés, on peut en clinique se limiter à l'inclinaison lente de la tête sur une épaule puis sur l'autre.

L'un et l'autre de ces mouvements dans le plan frontal peuvent déterminer le nystagmus. Mais le plus souvent, du moins chez les malades auxquels nous avons affaire en otologie, le phénomène n'est observé que par l'inclinaison de la tête d'un seul côté. C'est généralement, mais non toujours, celui du côté malade.

Prenons le cas d'une inclinaison lente de la tête sur l'épaule gauche. Le nystagmus est ou bilatéral ou unilatéral. Habituellement il est franchement rotatoire à gauche, horizontal rotatoire ou horizontal à droite.

Malgré l'état d'ébauche où se trouve encore cette question, on peut déjà distinguer deux catégories de faits.

Dans les uns, le nystagmus (comme celui déterminé par les mouvements brusques décrits plus haut) est passager. Dans les autres, le *nystagmus dure aussi longtemps qu'est maintenue la position latérale de la tête.* Il s'accompagne de vertiges plus ou moins violents qui eux aussi persistent tant que la tête est inclinée. Le nystagmus cesse dès que la tête est ramenée dans la rectitude tout au moins dans les cas typiques ; il reparait à volonté, pour ainsi dire, chaque fois que l'on recommence la manœuvre.

## II. — THÉORIE

L'explication des phénomènes précédents est complexe et incomplètement élucidée à ce jour.

Pendant longtemps on n'a incriminé que l'action des canaux semi-circulaires : le mouvement de la tête met en jeu l'inertie du liquide endolabyrinthique, d'où excitation des crêtes des ampoules et production de nystagmus dans les cas pathologiques.

Mais si ce facteur peut agir dans les mouvements brusques, il n'en est plus de même dans les mouvements lents, qui constituent un excitant insuffisant pour mettre en branle le réflexe à point de départ semi-circulaire (théorie du « minimum excitable »). Aussi aujourd'hui est-ce l'action des otolithes que l'on invoque volontiers.



On sait qu'il existe pour chaque côté deux otolithes : l'otolithe du saccule, la *sagitta* ; l'otolithe de l'utricule, le *lapillus*.

Les *sagittæ* sont disposées dans un plan à peu près perpendiculaire à l'axe du rocher. Les *lapilli* sont, *grosso modo*, perpendiculaires aux précédentes.

Les travaux de Magnus et de Kleijn d'une part, de Quix d'autre part, ont montré que les otolithes jouent un rôle très important dans la statique et la dynamique du corps. Ils ont une influence sur le tonus musculaire : influence telle que les animaux décérébrés donnent à leurs membres une attitude particulière et caractéristique pour chaque position de la tête dans l'espace ; influence qui ressort plus nettement si chez ces animaux on détruit les otolithes.

De toutes ces recherches, que nous ne faisons qu'esquisser très généralement, il résulterait que : *les sagittæ commandent aux mouvements dans le plan frontal, les lapilli commandent aux mouvements dans le plan sagittal*.

Donc quand nous imprimons à la tête un mouvement lent, il ne paraît pas douteux que nous mettions en jeu l'action des otolithes. Par suite de l'action de la pesanteur, l'otolithe du saccule, par exemple, appuiera sur les cils de la macule d'un côté, tandis que de l'autre côté il y aura diminution de pression du premier sur les seconds. L'équilibre normal (celui de la position naturelle de la tête) est donc rompu et si, comme c'est le cas à l'état pathologique, il n'y a pas compensation du fait des centres, une série de manifestations pourront être décelées : le nystagmus oculaire en est une.

En réalité, le problème est beaucoup plus complexe. Si le rôle des canaux semi-circulaires peut être éliminé dans les mouvements lents de la tête, il n'en est plus de même dans les mouvements brusques. Un autre facteur très important est aussi à considérer : les excitations parties des muscles cervicaux, bien mises en évidence par l'expérience classique suivante :

Immobilisant la tête d'un animal, on meut le tronc sur la tête ; dans ces conditions, on constate du nystagmus.

On peut, il est vrai, supprimer cette cause d'erreur ; soit en utilisant un appareil plâtré immobilisant la tête et le tronc, ce qui n'a guère d'application clinique pratique ; soit plus facilement en plaçant le sujet sur un plan mobile que l'on peut faire mouvoir sans que la tête soit déplacée par rapport au tronc ; soit enfin, mais avec moins de rigueur peut-être, en retournant en masse le sujet dans son lit.

Mais il est encore d'autres éléments susceptibles d'intervenir. Quelle est en effet dans la production des phénomènes qui se passent en mouvant la tête, l'influence des changements de pression de l'encéphale et du liquide céphalo rachidien, celle du tiraillement des nerfs et du VIII en particulier, celle encore des modifications du régime circulatoire intra-cranien ? On voit toute la complexité de la question.

### III. — APPLICATIONS CLINIQUES

Néanmoins, la recherche du nystagmus provoqué par les mouvements de la tête a déjà abouti à un certain nombre de résultats pratiques.

1° La méthode a permis de déceler des affections *propres à l'appareil otolithique*. Il est des sujets qui n'ont en effet nystagmus et vertiges que dans une position donnée de la tête dans l'espace ; les phénomènes durant autant que cette position et disparaissant avec elle.

Nous-même avons pu en observer un cas :

Il s'agissait d'une femme, venue nous consulter pour des vertiges. Ces vertiges, déclarait-elle spontanément, avaient ce caractère particulier de consister non pas en sensation de tournoisement comme dans le vertige labyrinthique classique, mais en impressions, assez brèves, mais répétées de chute verticale, de plongeon avec légère sensation d'entraînement en avant.

Pas de nystagmus spontané, au moment de mon examen. Epreuves d'audition pratiquement normales. L'épreuve calorique donna des résultats normaux (méthode d'excitation minima). Mais à ce moment la malade déclara que le vertige provoqué différait totalement de celui habituellement ressenti par elle, et décrivit très nettement la sensation de rotation qu'elle éprouvait. Au préalable, j'avais recherché le nystagmus provoqué par l'inclinaison lente de la tête. Et voici ce que j'avais constaté.

Pendant l'inclinaison sur l'épaule droite, il ne se passa rien. Mais il n'en fut plus de même quand j'essayai l'inclinaison sur l'épaule gauche. A peine la tête avait-elle décrit une vingtaine de degrés, que la progression des mouvements fut rendue impossible par une contracture des muscles du cou (notons en passant cette influence des otolithes sur la musculature cervicale), en même temps que la malade accusait un violent vertige, tout à fait analogue, disait-elle, à celui qu'elle éprouvait habituellement. Recherchant le nystagmus, je constatai un nystagmus bilatéral, plus marqué à gauche, assez intense et qui ne disparut qu'une fois la tête ramenée dans la rectitude.

La manœuvre répétée deux autres fois aboutit aux mêmes résultats.

2° Dans les labyrinthites chroniques, en rapport avec les otites suppurées, on sait que souvent, après quelques crises de vertiges, de durée et d'intensité très variables, tout rentre dans l'ordre. Le nystagmus lui-même peut disparaître. Il est aussi des labyrinthites qui évoluent insidieusement. La recherche du nystagmus provoqué par les mouvements de la tête donne, avant tout autre examen, des renseignements précieux sur le fonctionnement défectueux du labyrinthe et cela d'autant plus que la perforation tympanique permettant, dans certains cas, à l'eau froide d'arriver directement sur la paroi labyrinthique, la réaction calorique peut apparaître normale (alors qu'en réalité elle est amoindrie) et que d'autre part l'épreuve rotatoire peut, elle aussi, donner des résultats sensiblement normaux. Ici et jusqu'à nouvel ordre, il ne faudra pas oublier de rechercher le nystagmus provoqué par les mouvements brusques de la tête.

3° De notre côté, nous nous sommes attaché depuis longtemps à rechercher l'état de l'appareil vestibulaire au cours des surdités chroniques progressives. On sait la fréquence des phénomènes vertigineux dans ces états. Quoique jusqu'à ces dernières années, nous n'ayons utilisé que le mouvement brusque de la tête, nous étions arrivé à cette conclusion que si, chez de tels sujets, on provoquait du nystagmus par ce procédé, des crises vertigineuses s'étaient récemment produites ou, ce qui est plus intéressant, allaient se produire dans un temps plus ou moins rapproché, alors même que ces malades n'accusaient aucune sensation vertigineuse actuelle.

Enfin nous pensons que dans les affections rétro-labyrinthiques — dont le diagnostic est parfois si difficile — la recherche systématique de l'épreuve serait susceptible d'apporter un certain nombre de renseignements.

Mais c'est là l'œuvre de l'avenir.

---

## CONTRIBUTION AU TRAITEMENT ENDONASAL DES LÉSIONS OPTIQUES

Par MM. SARGNON et TROSSAT

---

Nous apportons ici les résultats obtenus chez 5 malades atteints de lésions optiques, par des interventions endo-nasales simples. Il s'agissait de cas cliniquement peu favorables, que M. le professeur Rollet a bien voulu nous confier, encouragé par les résultats heureux constatés parfois dans des conditions analogues au prix d'opérations bénignes.

Obs. I. — *Atrophie papillaire bilatérale au début, vraisemblablement due à une névrite toxique. Ethylisme certain.* — H..., adulte. Le début de la baisse de la vision remonte à quatre mois. A l'entrée, 3 février 1924, O. D. V. =  $1/50$ ; O. G. V. =  $1/100$ . Examen nasal: A droite, gros cornet moyen en contact avec une crête de la cloison. A gauche gros cornet moyen.

Le 9 février, à droite: résection de la crête de la cloison et de la partie postérieure du cornet moyen.

Le 14 février, O. D. V. est passé de  $1/50$  à  $1/25$ . Ablation des  $2/3$  postérieurs du cornet moyen gauche.

Le 22 février, O. D. V. =  $1/25$ ; O. G. V. =  $1/50$ .

Le 11 mars, acuité visuelle stationnaire.

Obs. II. — *Amblyopie éthylique, scotome central pour les couleurs. Ethylisme certain.* — H..., adulte, entré le 8 mars 1924. La baisse de la vision date de six mois. O. D. V. =  $1/6$ ; O. G. V. =  $1/4$ .

Examen du nez: Ozène non fétide avec de nombreuses croûtes et atrophie des cornets inférieurs, mais les cornets moyens restent gros malgré l'adrénaline. Pas de gêne notable des carrefours ethmoïdaux sphénoïdaux.

Radiographie négative.

Le 14 mars: ablation du cornet moyen droit.

Le 17 mars: O. D. V. =  $1/4$ .

Sur la demande du malade, on enlève le cornet moyen gauche.

Le 19 mars: O. D. V. =  $1/4$ ; O. G. V. =  $1/4$ .

Depuis acuité stationnaire.



OBS. III. — *Papillite bilatérale à type œdémateux au stade de l'atrophie débutante.* — H..., adulte. Les phénomènes visuels remontent à un an.

Aucune étiologie nette. Le malade se plaint d'obstruction nasale. A l'entrée, le 11 mars 1924, O. D. V. =  $1/6$  ; O. G. V. =  $1/2$ .

Examen du nez : gros cornets inférieurs des deux côtés ; déviation de la cloison antérieure à gauche.

Très gros cornet moyen à droite malgré l'adrénaline.

Le 18 mars, ablation des  $2/3$  postérieurs du cornet moyen droit.

Le 19 mars, O. D. V. =  $1/3$  ; O. G. V. =  $1/2$ .

Le 21 mars, O. D. V. =  $1/3$  ; O. G. V. =  $2/3$ .

Le 23 mars, l'aspect du fond d'œil ne s'est pas modifié. L'acuité visuelle s'est améliorée, en définitive, également des deux côtés.

OBS. IV. — *Névrite rétrobulbaire bilatérale ; scotome central.* — Il s'agit probablement d'une sclérose en plaque au début, chez un homme de 57 ans. Hospitalisé le 3 avril 1924.

A l'entrée, O. D. G. V. =  $1/3$ . Baisse de l'acuité datant de huit mois.

Le 11 avril, examen nasal : à gauche, petite déviation de la cloison ; pas de gros cornets, pas de pus. A droite, gros cornet inférieur et moyen dont les  $2/3$  postérieurs sont garnis de croûtes et de mucopus. Le même même jour, ablation des  $2/3$  postérieurs du cornet moyen droit.

Le 13 avril, O. D. V. =  $1/2$  ; O. G. V. =  $1/3$ .

Dans la suite, état stationnaire.

OBS. V. — *Amblyopie attribuable peut-être à une chorioretinite discrète, visible dans la région équatoriale de l'œil gauche.* — H..., adulte ; à l'entrée, le 15 mars 1924, O. D. V. =  $1/3$  ; O. G. V.  $1/8$ .

Le malade aurait eu en 1918 un chancre, probablement non syphilitique, mais il a reçu cependant depuis de nombreuses séries d'injections de 914.

Le début de la baisse de l'acuité visuelle remonte à trois mois. Les lésions choroidiennes sont peut-être insuffisantes à l'expliquer.

Examen nasal : déviation de la cloison gauche. A droite, gros cornet inférieur.

Le 18 mars, ablation des  $2/3$  postérieurs du cornet moyen gauche.

Dans la suite, aucune amélioration.

*En résumé*, les deux premiers malades étaient des éthyliques avérés. Ils ont été opérés des deux côtés. L'acuité visuelle chez le premier est passée à droite de  $1/50$  à  $1/25$ , et à gauche de  $1/100$  à  $1/50$ .

Pour le second, O. D. V. est passée de  $1/6$  à  $1/4$  ; O. G. V. est restée stationnaire.

On ne peut donc parler de gain bien appréciable, d'autant plus qu'il faut remarquer que le séjour à l'hôpital a sevré provisoirement nos malades d'alcool.

Le troisième malade a vu son acuité passer de  $1/3$  à  $1/2$  à droite, après intervention, tandis qu'à gauche, côté non opéré, il gagnait parallèlement de  $1/2$  à  $2/3$ . Il faut remarquer cependant que l'amélioration à droite a suivi immédiatement l'intervention, et ne s'est produite que le quatrième jour à gauche.

Le quatrième malade est très probablement au début d'une sclérose en plaques. Son acuité visuelle est passée de  $1/3$  à  $1/2$  à droite après intervention. A gauche, côté non opéré, l'état est resté stationnaire.

Le dernier malade enfin est atteint de chorio-rétinite discrète qui, bien que n'intéressant pas la région maculaire, peut à la rigueur expliquer la baisse de l'acuité. Peut-être aussi faut-il accuser un élément toxique en raison des traitements anti-syphilitiques divers et répétés. L'intervention chez lui n'a amené aucun résultat.

Si donc aucun de ces cas ne peut être considéré comme un succès net de l'opération endo-nasale, on ne doit pas s'en étonner. En effet :

1° Bien que l'ancienneté de la lésion optique ne soit pas un obstacle absolu à l'amélioration, il faut cependant observer que le cas le plus récent date de trois mois ;

2° Chez un seul malade, le quatrième, on découvrait de petits signes de sinusite postérieure, et ce malade est soupçonné de sclérose en plaques (examen du D<sup>r</sup> Colrat) ;

3° Chez trois malades, l'étiologie sinusienne était très douteuse (2 éthyliques, 1 cas de chorio-rétinite), et le cinquième présentait une papillite œdémateuse avec début d'atrophie, affection remontant à un an. Encore ce dernier malade a-t-il bénéficié d'une légère amélioration du seul côté opéré.

L'intervention a été la même dans tous les cas : résection partielle du ou des cornets moyens, associée une fois à une résection de crête de la cloison. Il n'y a eu aucun incident, l'hémorragie a toujours été modérée et passagère, ne nécessitant aucun tamponnement serré. On a seulement placé trois fois une courte mèche de sécurité très antérieure, enlevée le soir même de l'opération : les autres fois pas, de tamponnement. Les jours suivants, traitement par une pommade antiseptique additionnée de chlorhydrate de cocaïne et d'adrénaline.

Les malades n'ont accusé aucun malaise ; ils n'ont pas présenté d'élévation thermique.

La bénignité de telles interventions légitime donc leur essai dans des cas même très douteux. Il s'agit, en effet, d'une opéra-

tion simple facile à exécuter, car on ne touche ni à l'ethmoïde, ni au sphénoïde, et l'on n'a rien à regretter en cas d'insuccès optique, puisqu'elle est inoffensive.

Son échec partiel ou total dans les cinq observations que nous rapportons ne peut être considéré comme une preuve de l'insuffisance de ce moyen de drainage et d'aération du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal. Il tendrait plutôt à montrer que l'effusion sanguine au voisinage du nerf optique n'est pas le seul élément qui agit lorsqu'on utilise ce genre d'intervention endonasale, comme dans les cas où la sinusite postérieure était manifeste et où le résultat fut plus favorable (1).

---

1. Communication à la Société d'Ophthalmologie de Lyon le 20 mai 1924.

## UN CAS DE LEONTIASIS OSSEA

Par MM. F. LEMAITRE, J. ROUGET et Ch. RUPPE

---

### Observation.

*Histoire de la malade* : M<sup>me</sup> J. D....., âgée de 47 ans, n'a pas eu d'enfants, n'a pas fait de fausses-couches ; rien de suspect dans ses antécédents personnels ; Wassermann négatif.

La maladie actuelle, dont le début remonte à 7 ans, a commencé par une tuméfaction de la branche montante du maxillaire supérieur droit qui a évolué lentement, progressivement, sans douleur. Il y a deux ans, la malade a fait pratiquer l'avulsion de sa première grosse molaire supérieure droite ; cette avulsion a été suivie d'une élimination d'esquilles, mais la brèche opératoire s'est cicatrisée spontanément. A peu près à la même époque est apparue, sur la branche montante du maxillaire supérieur gauche, une masse analogue à la tuméfaction droite. Enfin, il y a un an, la malade s'est aperçue que ses deux maxillaires, surtout le gauche, présentaient au niveau de la région vestibulaire, une augmentation de volume très marquée. Elle se décide alors à consulter un médecin qui incise la muqueuse alvéolaire ; l'incision ne se cicatrise pas, et, par intermittences, donne issue à un léger écoulement de pus et de sang ; en outre, une ouverture spontanée apparaît, il y a deux mois, à côté de l'incision vestibulaire. Depuis cette époque, la malade éprouve quelques difficultés pour s'alimenter.

*Examen clinique* (5 novembre 1923). Cet examen montre les déformations suivantes : les branches montantes des deux maxillaires supérieurs sont augmentés de volume. A droite, on note, plaquée contre l'os, une saillie du volume d'une grosse noix ; cette saillie, piriforme, présente une pointe supérieure qui vient se perdre vers l'angle interne de l'œil ; un pôle inférieur arrondi et un bord externe mousse qui se confondent insensiblement avec la région jugale ; quant au bord interne, il fait un sillon profond et court. L'aile du nez est refoulée en avant et en dedans ; son pli est effacé et l'orifice narinaire présente la forme d'une simple fente. A gauche, l'hyperostose de la branche montante est moins accentuée.

La région labiale supérieure, ainsi que la sous-cloison, sont projetées en avant. La lèvre supérieure avance nettement sur la lèvre inférieure ; elle est étalée. Les sillons naso-labiaux et la gouttière sous-nasale sont effacés. Les fosses canines sont pleines.

On ne relève rien d'anormal au niveau du maxillaire inférieur. Le front, par contre, semble plus saillant que normalement ; la bosse



frontale gauche, en particulier, est nettement proéminente. Au niveau de toutes ces déformations, les téguments, non altérés, simplement refoulés, se mobilisent facilement sur des masses lisses, arrondies, extrêmement dures, qui émanent visiblement de l'os sous-jacent. Pas de douleur à la pression ; pas de troubles de la sensibilité.



FIG. 1, 2.

*Examen buccal.* — A l'ouverture de la bouche, on note de chaque côté, mais surtout du côté gauche, une hypertrophie considérable de la région alvéolaire ; cette hypertrophie déborde légèrement en dedans sur le palais et gagne en dehors le vestibule qui est en partie comblé ; les fosses canines ont disparu. La muqueuse apparaît normale, sauf à gauche où elle est rouge et présente deux pertes de substance ; au-dessus de l'incisive latérale, on découvre une petite fistule ; plus en arrière, en un point qui répond à l'emplacement de la deuxième prémolaire et de la première grosse molaire, on voit une ulcération arrondie, à bords décollés, mais non végétants et dont les dimensions sont un peu moindres que celles d'une pièce de 50 centimes. Un stylet introduit au niveau de la fistule tombe sur un os dénudé, très dur ; cet os que l'on aperçoit directement au niveau de l'ulcération paraît nécrosé. Les dents qui subsistent sont bien implantées et très solides.

*Rhinoscopie antérieure.* — Bien que la malade n'accuse pas de signes d'obstruction nasale, on constate que les cornets inférieurs sont très rapprochés de la cloison, et que les filières nasales, surtout celle du côté gauche, sont plus étroites que normalement.

*Transillumination.* — Cette épreuve est négative : opacité absolue des deux côtés ; pas de triangle sous-orbitaire ; pas d'éclairage de la pupille ; pas de perception lumineuse ; seule, la partie toute inférieure de la région jugale s'illumine légèrement.

*Radiographie.* — La radiographie des maxillaires supérieurs, faite par plaque intra-buccale, donne une image *floconneuse* des plus typiques (fig. 3) ; on voit, en effet, sur un fond relativement clair, toute une série de petites plages grisâtres, à contours imprécis.



FIG. 3.

La même image se retrouve d'ailleurs au niveau des bosses frontales, dans la radiographie du crâne faite de profil (fig. 4).

*Intervention* (12 novembre 1923). En raison de la nécrose osseuse du rebord alvéolaire gauche, nous décidons d'intervenir. L'intervention, pratiquée sous anesthésie générale, consiste, après incision de la muqueuse vestibulaire, dans l'ablation : 1° de portions osseuses noirâtres, très dures, entièrement séparées du maxillaire et qui répondaient à l'ulcération que nous avons décrite ; 2° d'un bloc postérieur que l'on cueille facilement et qui porte la deuxième grosse molaire et la dent de sagesse ; 3° d'un bloc antérieur que l'on détache un peu moins facilement et qui comprend la canine et la première prémolaire ainsi que la fistule dont nous avons signalé l'existence.

Cette exérèse chirurgicale qui intéresse en somme toute l'infrastructure du maxillaire supérieur gauche ne permet pas de voir le sinus ; celui-ci n'existe plus ; il est entièrement comblé par un processus de néoformation osseuse.

On profite de l'anesthésie générale pour pratiquer une biopsie au niveau de la région vestibulaire droite : au cours de cette biopsie, l'os qui semble dépourvu de périoste apparaît saignant, d'aspect poreux, granité.

*Les suites opératoires* sont des plus simples ; la cavité, après avoir légèrement bourgeonné, se recouvre lentement d'un épithélium de néo-formation qui se continue avec l'épithélium normal du vestibule.

La malade se félicite de l'intervention qui lui permet de manger plus facilement.

*Etude histologique.* — Les résultats que nous avons obtenus diffèrent suivant les zones envisagées. Il convient d'étudier séparément d'une part les tissus éburnés qui sont issus des masses noirâtres



FIG. 4. — On voit l'image floconneuse au niveau des bases frontales.

prélevées sur le maxillaire gauche, et d'autre part, les tissus qui proviennent soit de la biopsie pratiquée sur le maxillaire droit, soit des deux blocs osseux, antérieur et postérieur, du maxillaire gauche. Les premiers étaient d'une dureté telle que nous avons dû nous servir d'une petite scie circulaire mue électriquement pour sectionner quelques fragments dont la décalcification a été difficile à obtenir ; les seconds ont été facilement coupés au bistouri et aucune décalcification n'a été nécessaire pour faire des coupes histologiques. Ceux-ci nous ont montré l'aspect typique de l'ostéite fibreuse ; ceux-là du tissu mort, partout et entièrement calcifié. Il convient de remarquer toutefois que cette division est un peu schématique, en ce sens que, dans les fragments d'ostéite fibreuse, nous avons retrouvé des foyers éburnés.

Voici, avec quelques détails, comment se présentent les deux images histologiques qui correspondent aux deux zones de consistance si différente.

D'abord l'os mou. A un faible grossissement, on aperçoit sous un périoste épaissi, un lacs de trabécules osseux, à bords irréguliers enserrant des alvéoles de moelle osseuse devenue fibreuse.

A un fort grossissement, on note que les trabécules ont perdu presque complètement leur aspect lamellaire; il n'existe plus de stratification. Les cellules osseuses sont peu nombreuses et moins dentelées que normalement. Les bords de ces trabécules sont érodés, comme déchiquetés, et, dans ces érosions lacunaires, sont logées d'énormes cellules multinucléées : les myéloplaxes, (fig. 5).

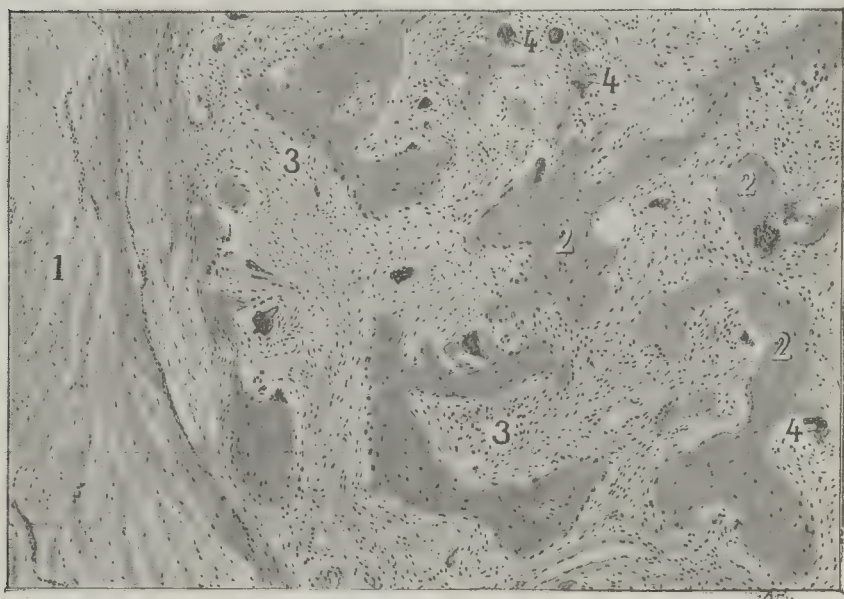


FIG. 5.

1. Périoste. — Travées osseuses. — Moelle fibroïde. — 4. Myéloplaxes.

Par places les trabécules sont bordés par une couche continue de cellules polyédriques : les ostéoblastes. En certains points, enfin, les bords sont frangés ; on passe insensiblement de la substance osseuse aux fibres collagènes de la moelle. Quant à la moelle grasseuse normale, elle n'existe plus ; à sa place, on trouve du tissu fibreux qui se présente sous l'aspect d'un fin réticulum fibrillaire enchevêtré, affectant souvent une disposition en tourbillon ; on y rencontre de nombreuses cellules fusiformes, en tous points comparables aux fibroblastes et quelques très rares cellules rondes. Les cellules graisseuses ont entièrement disparu. Les vaisseaux nous ont semblé normaux.

Le périoste, par contre, présente des capillaires abondants et dilatés, mais, même sous le périoste, ainsi congestionné, nous n'avons pas trouvé de travées osseuses à disposition lamellaire.

L'os éburné est tout différent. On trouve encore des travées irrégulières dont les contours reproduisent un fin dessin aréolaire ; mais la substance fondamentale qui occupe ces travées, très basophile, ne



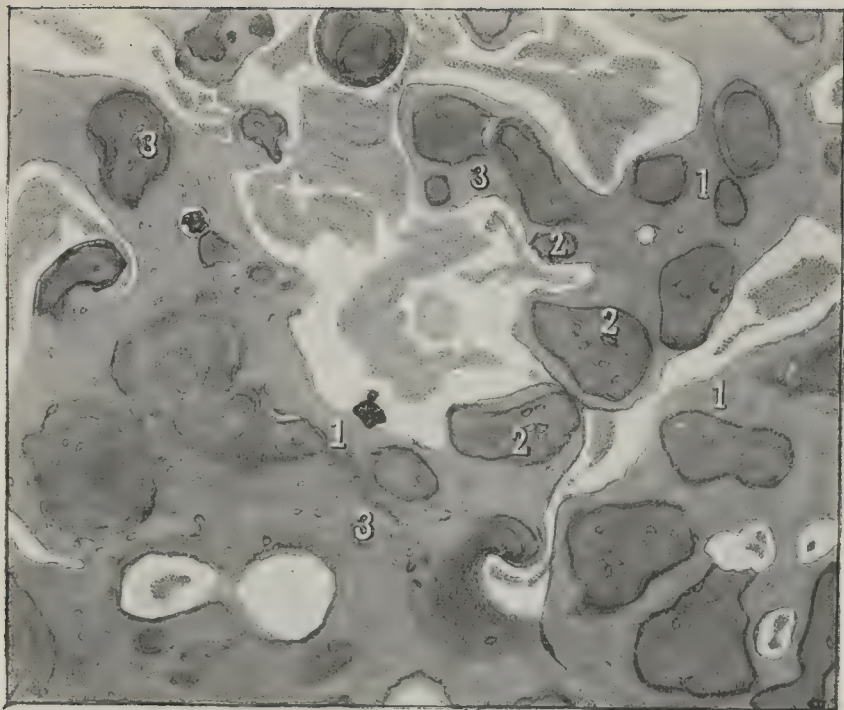


FIG. 6. — Foyer éburné

1. Travées osseuses avec rares cellules. — 2. Zones de calcification plus intense. — 3. Ostéoblastes morts

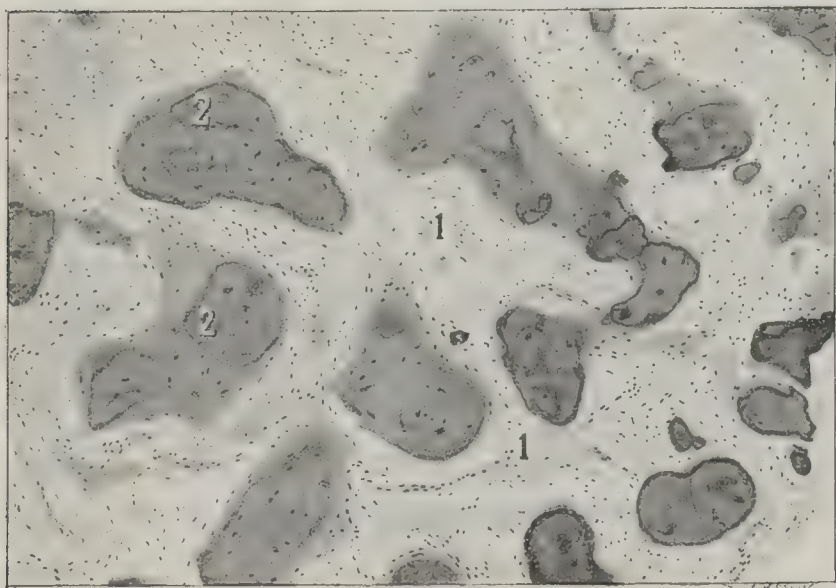


FIG. 7.

1 Zone d'ostéite fibreuse. — 2. Foyers de calcification au sein des travées osseuses,

présente, à son intérieur, (fig. 6) que des espaces clairs déshabités ; toutes les cellules osseuses ont, en effet, disparu : de même, le tissu médullaire n'existe plus ; nulle part on ne rencontre de vaisseaux ; on est bien en présence d'un tissu mort et calcifié.

Ce processus d'éburnation se retrouve dans certaines coupes d'ostéite fibreuse : à la partie profonde de celles-ci on assiste même parfois à la transition entre les deux types histologiques que nous venons de décrire ainsi qu'en témoigne la figure 7.

\*  
\* \*

Telle est cette observation qui nous a paru intéressante à différents points de vue : anatomique, radiographique, clinique et opératoire.

*Point de vue anatomique.* — L'image histologique de la léontiasis ossea est celle de l'ostéite fibreuse. Nous en avons donné la description : destruction de l'os ancien, formation de tissu ostéoïde mal calcifié ne présentant pas d'aspect lamellaire et transformation de la moelle osseuse normale en un tissu scléreux, riche en fibroblastes, avec présence d'ostéoblastes et de myéloplaxes au voisinage du tissu ostéoïde.

La léontiasis ossea rentre donc dans le cadre des scléroses osseuses, des cirrhoses osseuses que les auteurs étrangers qualifient de malacies métaplasiques, le mot malacie indiquant la décalcification de l'os et le mot métaplasique rappelant les phénomènes de métaplasie fibreuse que l'on observe au niveau de la moelle.

Mais la léontiasis ossea n'est pas la seule affection qui se présente à nous sous l'aspect histologique de l'ostéite fibreuse. Trois autres ostéopathies offrent le même aspect histologique :

1° La maladie de Paget, affection des vieillards qui frappe la diaphyse des os longs les os du thorax ainsi que les os du crâne et qui respecte le massif facial ;

2° La maladie osseuse de Recklinghausen, affection des jeunes, qui siège de préférence sur la métaphyse des os longs quelquefois sur les os du crâne et du squelette facial et qui réalise souvent la formation de cavités pseudokystiques, lesquelles sont la cause des fractures spontanées que l'on observe dans cette ostéopathie ;

3° L'ostéite fibreuse (1) simple qui ne répond pas à une entité

1. Le terme d'ostéome est mauvais puisque, histologiquement, il ne s'agit pas d'ostéome, mais d'ostéite fibreuse localisée.

nettement individualisée et dont l'hypertrophie osseuse peut, cliniquement, paraître localisée à un seul os.

Dans toutes ces affections, deux processus entrent en jeu ; l'un, destructeur, aboutit à la disparition de l'os ancien ; l'autre, constructeur, forme du tissu ostéoïde, tandis que la moelle osseuse, nous l'avons vu, subit une transformation fibreuse. A ces constatations se bornent nos connaissances ; il est difficile, en effet, de dire avec certitude comment les deux processus se combinent ; les myéloplaxes semblent jouer le rôle de macrophages, sans que l'on puisse cependant l'affirmer.

Dans la léontiasis ossea, les auteurs allemands, Frangenheim en particulier, considèrent que la sclérose des tissus est le fait primordial ; d'autres, comme Langenskiöld, pensent que la réaction périostée est très importante et que la réaction endostale est insignifiante. Les examens histologiques que nous avons pratiqués ne nous permettent pas d'avoir une opinion sur la valeur de la réaction périostée nos coupes nous ont montré un épaississement du périoste, mais, comme elles ont porté sur des régions infectées, il ne nous est pas possible d'affirmer si cet épaississement est une des caractéristiques de la léontiasis ossea ou s'il témoigne simplement de l'inflammation banale surajoutée ? Nous pensons cependant que cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable, car nulle part, nous n'avons rencontré sous le périoste de production osseuse, lamellaire, compacte...

Ainsi la maladie de Paget, maladie osseuse de Recklinghausen, ostéite fibreuse simple et léontiasis ossea appartiennent à un même groupe pathologique dont la caractéristique est de présenter la même figure histologique : l'ostéite fibreuse. Ces ostéopathies diffèrent cependant quelque peu, même à ce point de vue.

La maladie de Paget est caractérisée surtout par ses productions ostéoïdes abondantes. L'os est augmenté de volume ; il est déformé par épaississement de certaines de ses faces et aussi par l'inflexion qui résulte de la calcification insuffisante du tissu néoformé. En effet, le processus constructeur est actif, mais il s'arrête en chemin et n'aboutit qu'à une production osseuse mal calcifiée.

La maladie de Recklinghausen est beaucoup plus destructive ; elle réalise des fontes tissulaires considérables, de vastes cavités osseuses tapissées par du tissu conjonctif.

L'ostéite fibreuse simple est formée par un tissu osseux dans lequel le processus constructeur compense le processus destructeur.

Quant à la léontiasis ossea, elle se rapproche de la maladie de Paget en ce sens qu'elle est surtout constructive ; mais elle diffère de celle-ci par sa localisation faciale. En outre, l'hypertrophie diffuse de la léontiasis ossea s'accompagne parfois de productions surajoutées réalisant l'aspect d'ostéomes. Ces « ostéomes » (1) sont constituées pas des lésions d'ostéite fibreuse ; le processus constructeur de la léontiasis ossea qui réalise toujours de l'hypertrophie diffuse, peut, en effet, dans certains cas, surajouter à cette hypertrophie diffuse, des hypertrophies localisées.

Pour nous, la caractéristique histologique de la léontiasis ossea, est la formation de foyers de nécrose qui se calcifient, de même que le caractéristique de la maladie osseuse de Recklinghausen est la fonte tissulaire et la production de cavités kystiques.

*Point de vue radiographique.* — L'image radiographique de la léontiasis ossea est très particulière ; c'est une *image floconneuse* qui témoigne de la densification très inégale des tissus osseux ; ici, le processus destructeur prédomine et un nuage clair se montre sur le cliché ; là, le processus constructeur est plus actif et un nuage foncé apparaît ; le tissu osseux pathologique n'est pas homogène ; l'image radiographique présente des flocons irrégulièrement répartis.

Le même aspect floconneux se retrouve d'ailleurs au niveau des os plats dans la maladie de Paget, dans la maladie de Recklinghausen et dans l'ostéite fibreuse simple. Ces ostéopathies sont, nous venons de le voir, étroitement apparentées avec la léontiasis ossea ; le cliché radiographique traduit la ressemblance histologique. Il convient de signaler toutefois que, de toutes ces affections la léontiasis ossea est celle qui fournit l'image floconneuse la moins typique, sans doute parce que, plus que les autres, elle réalise, en certains points, des plages relativement homogènes d'imperméabilité aux rayons X.

La radiographie dans la léontiasis ossea indique, comme dans notre cas, l'état du sinus maxillaire ; elle précise le degré d'extension du processus ; souvent enfin, elle révèle des lésions à distance, en des endroits où rien ne permet, cliniquement de suspecter un état pathologique. Aussi convient-il de pratiquer systématiquement l'examen radiographique complet des malades atteints de ces ostéopathies ; tel léontiasique qui ne présente que des manifestations faciales sera ainsi reconnu porteur de localisations importantes au niveau du crâne ou du maxillaire inférieur.



*Point de vue clinique.* — Notre observation reproduit les caractères classiques de la léontiasis ossea : hypertrophie osseuse diffuse ; téguments repoussés mais nullement altérés ; indolence absolue des lésions ; absence de métastases et de retentissement sur l'état général ; évolution extrêmement lente, mais marche progressive, inexorable.

L'hypertrophie osseuse mérite de retenir un instant notre attention.

Toujours cette hypertrophie est cranio-faciale. L'observation de notre malade est un exemple typique de la marche extensive de la léontiasis cranio-faciale. Nous y voyons l'hypertrophie débiter au niveau de la branche montante de l'un des maxillaires supérieurs et gagner la branche montante du côté opposé ; le développement de la léontiasis ossea étant relativement symétrique ; nous voyons ensuite l'hypertrophie atteindre l'infra-structure des deux maxillaires supérieurs et combler plus ou moins complètement le vestibule buccal ; nous la voyons enfin apparaître au niveau des os du crâne, plus spécialement au niveau de la région fronto-pariétale.

Parfois, l'hypertrophie porte en outre sur le maxillaire inférieur ; mais cette localisation peut ne pas exister, comme en témoigne notre observation.

Lorsque le syndrome est au complet, la léontiasis ossea présente les lésions suivantes : gros crâne, gros massif facial, gros maxillaire inférieur. Le gros crâne rappelle celui de la maladie de Paget ; le gros massif facial donne au malade un aspect léonin ; le gros maxillaire inférieur réalise une forme particulière de prognatisme.

Ce n'est pas tout. Nous avons vu que, chez notre malade, il existait, surajoutées à l'hypertrophie diffuse des maxillaires supérieurs, deux masses plaquées sur les branches montantes. Cliniquement, ces masses en imposent pour des ostéomes. En réalité, il ne s'agit pas d'ostéomes vrais, mais d'hypertrophies osseuses localisées, de même nature, sinon de même aspect, que l'hypertrophie diffuse sous-jacente. Certains auteurs, Lesné et Duhem en particulier, n'admettent comme léontiasis ossea vraies que les formes sans « ostéomes » et qualifient de fausses léontiasis les cas analogues aux nôtres. Contrairement à ces auteurs, nous pensons que l'ostéite fibreuse de la léontiasis ossea se présente macroscopiquement suivant deux aspects : l'un constant, l'hypertrophie diffuse ; l'autre, inconstant, l'hypertrophie localisée. Ce caractère nous paraît important, car il permet, à notre avis, de

différencier cliniquement la léontiasis ossea de l'ostéite fibreuse simple.

*Point de vue opératoire.* — La clinique nous a appris que la léontiasis ossea était une affection diffuse, à foyers multiples et à évolution progressive ; il semble donc que la léontiasis ossea soit une maladie d'ordre purement médical. Cependant, nous avons opéré notre malade et le résultat que nous avons obtenu est tel que, dans des circonstances semblables, nous adopterions la ligne de conduite qui nous a réussi.

Il convient en effet, au point de vue thérapeutique, de considérer séparément les deux variétés de lésions que nous avons appris à connaître : d'une part, l'ostéite fibreuse diffuse et d'autre part, les foyers de calcification et de nécrose.

L'ostéite fibreuse diffuse ne relève guère plus du bistouri, dans la léontiasis ossea, que dans la maladie de Paget ; en tout cas, l'intervention, forcément incomplète, ne saurait être qu'une intervention modelante.

Les zones entièrement calcifiées ou nécrosées, par contre, se comportent comme de véritables corps étrangers ; d'eux-mêmes, ils tendent à s'éliminer, et, pour cela, ils ulcèrent la muqueuse ; si une incision est pratiquée à leur niveau, cette incision ne se cicatrise pas, alors que la même incision, faite au niveau d'une zone d'ostéite fibreuse, se répare assez vite. Les foyers mis ainsi, spontanément ou chirurgicalement, en communication avec le milieu buccal, s'infectent secondairement ; la suppuration apparaît ; le malade souffre, et, de ce fait, la mastication devient pénible. Dans ces conditions, l'intervention est indiquée ; elle consistera simplement dans l'exérèse des foyers de nécrose et de calcification et s'arrêtera dès qu'elle aura atteint la zone de l'ostéite fibreuse vivante. Ainsi limitée, cette intervention que l'on aura pratiquée par la bouche présentera des suites opératoires très simples et la cicatrisation du champ opératoire se fera d'une façon lente, mais régulière.

---

# DE LA NÉVRALGIE DU LARYNGÉ SUPÉRIEUR COMME COMPLICATION DE L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE GRIPPE (1)

Par M. E. HALPHEN

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux.

---

Depuis quelques années, je me suis appliqué à rechercher les différentes affections où la souffrance du nerf laryngé supérieur pouvait être décelée et où l'anesthésie tronculaire de ce nerf par les injections d'alcool pouvait être utilement pratiquée.

Après avoir étudié l'anesthésie du laryngé supérieur dans la tuberculose laryngée où ce procédé offre constamment des succès thérapeutiques en ce qui concerne la dysphagie, j'ai cherché à appliquer cette méthode dans les toux spasmodiques, laryngo-trachéites et coqueluche, dans les ictus laryngés essentiels, enfin dans la névralgie du laryngé supérieur dont je connaissais peu d'exemples avant l'épidémie de grippe actuelle.

J'ai en effet été frappé de rencontrer cette année de nombreux cas de *douleurs angineuses sans angine* ou de toux quinteuses sans causes apparentes, consécutives à la grippe. La grippe est finie depuis quelques jours, la malade n'a plus de fièvre, un peu de fatigue persiste peut-être encore, mais une douleur d'angine s'installe, qu'aucune thérapeutique habituelle ne peut guérir.

Cette douleur est cervicale, superficielle, périlaryngée, ou bien profonde, pharyngée. Elle irradie vers l'oreille. Les mouvements de déglutition l'exagèrent, mais surtout la déglutition à vide, un gros bol alimentaire semble la calmer, et parfois manger devient un soulagement. Cette douleur peut s'accompagner d'une sensation de chatouillement, de démangeaison et cette sensation pathologique entraîne une toux quinteuse, coqueluchoïde, irritante.

La toux peut parfois être le seul symptôme qu'accuse le malade, toux qu'aucune lésion pulmonaire ni trachéale ne peut expliquer, toux qu'aucune lésion rhino-pharyngée, sécrétion du

cavum, queue de cornet, etc., ne provoque et qu'on décrit d'habitude sous le nom de toux d'irritation laryngée.

Cette toux, fatigante au premier chef, peut entraîner le rejet de quelques mucosités parfois striées de sang.

Enfin il arrive que brusquement, au milieu d'un effort vocal, d'une conversation suivie, *la voix* s'enroue, et le malade surpris, effrayé, ne peut plus émettre aucun son. Ce faux-pas laryngé ne dure pas. Dû, disons-le de suite, à un défaut de tension d'une corde vocale, il disparaît comme il est venu, sans même qu'aucune thérapeutique n'ait été mise en jeu.

Si nous examinons de tels malades, nous voyons souvent une moitié du pharynx ou même du voile assez rouge. Le médecin non prévenu étiquette la lésion angine catarrhale et croit ainsi expliquer douleur et toux. Si le spécialiste consulté voit le malade le lendemain ou même quelques heures après le médecin, il ne constate plus aucune rougeur, les phénomènes vaso-moteurs ont disparu, mais ce qui subsiste parfois, c'est une dilatation anormale du réseau veineux de la base de la langue. Varices, disent certains, qui pensent trouver ainsi une explication à tous les symptômes que je viens de décrire et qui croient d'autant plus être dans le vrai qu'une thérapeutique simple par pointes de feu faites derrière le V lingual peut parfois faire disparaître toux et douleur.

Mais si nous poussons plus loin l'examen de notre malade, nous trouvons presque toujours une douleur très vive sur le trajet du laryngé supérieur et principalement au niveau de son point d'immersion entre la grande corne thyroïdienne et la corne de l'os hyoïde. La palpation profonde à ce niveau réveille la douleur pharyngée, le chatouillement laryngé, parfois la toux, et souvent l'irradiation douloureuse à l'oreille.

Bien plus chez ces malades à système vagotonique exagéré, le chatouillement du conduit auditif réveille aussi le prurit tussigène et c'est chez ces individus que l'on trouve parfois des histoires d'ictus laryngé essentiel. J'ai eu l'occasion d'en publier deux belles observations dans les *Archives de laryngologie*.

De tels malades autrefois étaient étiquetés rhumatismes laryngés. Aujourd'hui nous dirons qu'ils sont atteints de névralgies du laryngé supérieur.

Si, en effet, les gargarismes salicylés, l'aspirine, la révulsion pré-laryngée peuvent calmer les douleurs et même faire cesser la toux, le plus souvent la crise douloureuse et tussigène persiste. Ou bien elle disparaît pendant quelque temps pour revenir brus-



quement aussi vive, tout comme une crise de névralgie faciale, une sciatique, un lumbago.

Nous avons l'habitude de prescrire l'orthoforme, c'est-à-dire le scuroforme des usines du Rhône qui, soit en auto-insufflation, soit sous formes de pastilles, peut procurer un soulagement assez rapide.

Mais l'anesthésie tronculaire du nerf laryngé supérieur dans les formes intenses est le traitement de choix qui calme immédiatement toute douleur et fait cesser rapidement la toux la plus invétérée. M. Max Lévy, interne du Dr Brühl, vous en a rapporté une belle observation en juillet dernier.

Je ne vous décrirai pas ici la technique de l'alcoolisation du laryngé supérieur dans la fossette thyro-hyoïdienne, mais j'insisterai sur l'innocuité de la piqure, l'absence de toute complication ultérieure, engouement, pneumonie de déglutition, sphacèle.

Nos travaux à ce sujet ont été repris récemment en Allemagne, où des accidents ont été signalés que nous n'avons jamais observés. Sans en chercher la cause, nous demandons seulement à nos collègues français d'essayer la méthode, elle est facile à appliquer, et entre nos mains a toujours été inoffensive.

---

# LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ANGINE DE VINCENT

Par **P. MANGABEIRA ALBERNAZ**

Oto-laryngologiste de l'Hôpital da Santa Casa de Jahu  
(Etat de S. Paulo, Brésil).

---

On a beaucoup écrit sur le traitement de l'angine de Vincent. Peu de maladies ont même un arsenal thérapeutique plus vaste, une somme de « spécifiques » aussi copieuse que l'angine ulcéromembraneuse.

Le traitement peut être aussi bien local que général. Quelques auteurs opinent systématiquement pour une thérapeutique locale, d'autres pour une thérapeutique générale, d'autres encore pour les deux méthodes, en réservant la dernière aux cas trop graves.

Jetons un coup d'œil sur les principaux traitements préconisés contre cette affection.

## Traitements locaux.

Les chlorates de potasse et de soude en attouchements ou en comprimés à sucer, le premier étant spécifique pour Bergeron (1), Moure (2), Grenet (3) ;

La teinture d'iode en pulvérisations à 1 % toutes les cinq heures, ou bien diluée à 50 % dans de la glycérine pour attouchements journaliers, ou encore pure [Vincent, Tanturri (4)] ;

Le bleu de méthylène en solution à 10, 30, 50 % (saturée) et même en poudre pour attouchements [Lermoyez (2)]. Pour Parrel (5) il semble que ce soit le traitement qui ait l'action la plus efficace ;

Le nitrate d'argent en applications locales en solution de 2 à 8 % ou même sous la forme de crayon [Coolidge (6), Packard (7)] ;

L'acide chromique en solution à 5 % ou autrement, en solution saturée obtenue par exposition des cristaux à l'air, ayant pour but de combattre une affection anaérobie au moyen de substances oxydantes [Dubreuilh (8)] ;

L'acide trichloracétique, spécifique pour Gallaher (9), en solu-

tion obtenue aussi par exposition des cristaux à l'air. L'effet caustique de l'attouchement doit être neutralisé par une solution saturée de bicarbonate de soude ;

Le chlorure de zinc en solution aqueuse à 5 % en applications journalières, traitement que Kiefer (10) considère comme spécifique ;

L'arséno et le novarsénobenzol en poudre ou en solution aqueuse ou glycinée ;

L'eau oxygénée de 1 à 3 % en gargarismes ;

Le perborate de soude en poudre [Hubbard (11)] ;

La liqueur d'arsénite de potasse en attouchements répétés quatre fois par jour ;

Le bichlorure de mercure en solution à 2 ‰ ;

Le tricrésol en solution alcoolique à 5 % ;

Le lysoforme pur ou dilué ;

Le chlorure de chaux en poudre [(Grenet (3)) ;

Le permanganate de potasse en solution aqueuse de 0 gr. 13 à 0 gr. 20 ‰ pour gargarismes répétés toutes les deux heures ;

Le menthol camphré en attouchements ;

Le phénol deliquescent en badigeonnages ;

Le phénol sulfo-riciné en attouchements [(Ruault (1)) ;

Le piment des jardins, fruit du *capsicum annum*, soigneusement pilé, etc., etc.

Tous ces traitements sont combinés à des lavages répétés de la gorge avec le bock en employant soit des solutions alcalines très chaudes, soit encore les oxydants qui sont à la fois antiseptiques, désodorisants et désinfectants.

Dans un travail récent Puig (12) émet l'hypothèse dentaire de l'angine de Vincent : les bacilles et spirochètes ne seraient pas spécifiques de la maladie, vu qu'on les rencontre en dehors de l'angine. L'auteur rapporte deux observations de cas où l'arrachement de dents, surtout de la dent de sagesse, a amené la guérison... après cinq jours d'usage de gargarismes « à l'eau très chaude », dans le premier cas ; après vingt-trois jours d'usage des mêmes lavages, dans le second. Ces faits, d'après l'auteur, doivent convaincre tout lecteur impartial. Nous ne pouvons admettre ces idées, étant donné que la guérison de la maladie coïncide avec la diminution, puis la disparition des bacilles et des spirochètes. Il est vrai qu'on les rencontre dans la bouche d'individus en pleine santé. (Mc. Clintock (13) les a trouvés dans une proportion de 43 %) ; mais on rencontre aussi dans des conditions identiques le bacille de Loeffler et cela n'est pas suffisant à

nier son rôle pathogénique dans la diphtérie. D'autre part, comment expliquer, en admettant l'hypothèse de Puig (12), la rareté relative de la maladie dans certaines contrées, comme, par exemple, chez nous ? Comment expliquer aussi la guérison rapide et surtout définitive des cas que nous apportons dans ce travail ?

### Traitements généraux.

Le plus connu reste le novarsénobenzol. Quelques auteurs affirment que le 914 par voie veineuse est le plus sûr des traitements connus, beaucoup plus actif que les applications locales du sel arsenical [Tanturri (4), Dubreuilh (8), Kiefer (10)].

D'autres au contraire jugent l'application locale plus énergique que les injections [Coolidge (6), Hubbard (11), Laurens].

L'emploi de l'eurotropine sous la forme d'injections veineuses d'une solution à 40 % a donné à Sachs (14) des résultats très satisfaisants dans des cas à allure grave.

Des injections musculaires d'arsenic colloïdal, préparé d'après une nouvelle méthode de Fouard, ont été conseillées par Capitan (15). On fait une à deux piqûres de 6 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures. Ce serait un traitement absolument spécifique dans l'opinion de l'auteur.

On a aussi préconisé en Allemagne l'emploi de la tuberculine (16). Nous ne connaissons pas les détails de la technique à employer.

\*  
\* \*

Quoiqu'il en soit la majorité des auteurs est en faveur de l'application locale ou générale du novarséno, qu'ils jugent le plus énergique des traitements connus jusqu'à ce moment contre l'angine de Vincent.

\*  
\* \*

Dans une communication publiée à l'apparition des premières études sur l'action du bismuth dans la syphilis, Levaditi (17) concluait que le tartrobismuthate de soude et de potasse était « un spirillicide actif, à action rapide et profonde ».

Des études postérieures sur le bismuth nous ont appris les voies à utiliser pour l'application du médicament. Sazerac et Levaditi constataient qu'une seule application d'une pommade bismuthique sur une lésion syphilitique déterminait la dispari-



tion des tréponèmes pendant quarante-deux jours, effet d'ailleurs transitoire. La poudre serait très peu active, la réapparition se vérifiant une semaine après.

D'autre part Sauton (18), dont les brillants travaux devaient être interrompus par une mort si prématurée, nous enseignait que certains sels de bismuth, non toxiques, très stables, stérilisaient les cultures de bacilles de la tuberculose dans la proportion de 1 pour 150.000.

L'application locale de sels bismuthiques sur des lésions spirochétiques pures ou associées était donc tout à fait rationnelle et scientifique. Nous avons entrepris cette étude et les résultats sont vraiment enthousiasmants. Nous ne pouvons que présenter peu de cas, l'angine de Vincent étant assez rare chez nous. Ces cas sont seulement au nombre de quatre, mais les résultats sont vraiment convaincants.

\*  
\* \*

*Première observation.* — Le 11 juillet 1922 nous sommes appelé auprès d'un malade qui nous priait d'apporter des instruments nécessaires à l'ouverture d'un abcès amygdalien. Il s'agissait d'un homme de 36 ans, d'apparence robuste, mais assez abattu. Il y avait trois jours qu'il sentait à la gorge une douleur sourde et continue qui était devenue peu à peu intolérable. La déglutition était aussi très douloureuse et très difficile. La respiration était également rendue difficile par une hypertrophie des cornets inférieurs. L'état général n'était pas très affecté; la température était de 37°8, avec le pouls correspondant. Comme thérapeutique antérieure à mon arrivée, il avait fait des gargarismes au sel de cuisine, à l'eau oxygénée à 10 volumes diluée et placé des compresses chaudes sur le cou. Le malade supposait avoir un abcès de l'amygdale, maladie dont il souffrait quelquefois.

Tandis que notre client parlait, une haleine fétide s'exhalait de sa bouche.

A l'inspection externe du cou on remarquait une déformation légère du côté correspondant à la lésion. En palpant on percevait une adénopathie discrète et peu douloureuse des ganglions sous-maxillaires droits. Le malade ne pouvait presque pas ouvrir la bouche, les arcades dentaires ne se séparant que de 2 à 3 centimètres. Comme il s'agissait d'un fumeur enraciné ce fut une tâche difficile d'abaisser la langue et ce fut seulement après l'usage de la cocaïne à 5 % que nous pûmes réussir à voir la région affectée. L'amygdale droite était le siège d'un processus inflammatoire très accusé, le pilier antérieur, le voile et la luette étant aussi atteints. L'isthme du gosier était donc tout à fait modifié. On voyait dans la portion la plus haute et postérieure de l'amygdale une ulcération irrégulière, anfractueuse, aux rebords taillés à pic, remplie d'un magma gris-brun foncé.

L'examen au stylet moussé montre une dureté peu accentuée de

l'organe et de la participation du pilier postérieur au processus inflammatoire. En effet l'ulcération s'insinuait dangereusement entre le pilier et l'amygdale.

Nous ordonnons, après une propreté aussi complète que possible de la lésion : 1° un purgatif salin ; 2° deux solutions pour gargarismes, une détersive, pour dissoudre le magma dont l'ulcération était pleine et légèrement antiseptique — bicarbonate de soude et de potasse, chlorate de soude, biborate de soude — et une autre oxydante et partant désodorante — permanganate de potasse à 0 gr. 20 % — ; 3° diète lactée.

Le lendemain à la même heure le malade était plus mal, l'ulcération étant toujours bondée de cette masse foncée et l'œdème environnant très augmenté. Nous avons posé le diagnostic d'angine de Vincent, mais pour en être certain, nous pratiquons l'examen microscopique de la sécrétion. Aussitôt après la prise du matériel pour cet examen, nous badigeonnons énergiquement la lésion à l'acide chromique de 5 %.

L'analyse des urines nous donne trois grammes d'albumine par litre et l'examen des frottis venait confirmer d'une manière absolue notre diagnostic, en montrant un feutrage de bacilles aux extrémités effilées et de spirochètes aux larges courbures.

Le malade souffre moins le soir, mais revient au premier état le lendemain matin. Nous étions alors au 13 juillet. Nous pratiquons un attouchement de l'ulcération avec le tartrobismuthate acide de potasse à 1 % en émulsion dans l'huile d'olives.

En arrivant le 14 chez notre patient nous restons surpris. La dyspnée qui s'était exagérée dans les derniers jours avait disparu, l'œdème s'était considérablement amoindri, les douleurs avaient tout à fait disparu. L'ulcération était propre, très réduite dans ses dimensions (surface et profondeur). Nouvelle application bismuthique, mais seulement par précaution.

Le 15, l'ulcération est réduite à un tiers de sa surface primitive. On n'applique plus le médicament. Le malade est guéri complètement deux jours après, sans aucun autre traitement.

2° *Observation.* — Pierre, 27 ans, célibataire, laboureur. Le 21 mai, ulcération elliptique à la paroi postérieure du voile. Symptômes évidents de syphilis. Crise nitroïde avec la première injection de novarséno pratiquée dix jours avant mon arrivée par un confrère. Fièvre, œdème de la luette qui ressemblait à un polype muqueux, douleur à la gorge. Urines légèrement albumineuses. Dix piqûres au citrobismuthate de soude à 1 %. Guérison. Séjour d'un mois à Poços de Caldas (eaux sulfureuses) où on lui applique 15 injections du même sel de bismuth.

Deux semaines après le retour : dysphagie, douleur violente au pharynx, courbature, fièvre.

On voit sur l'amygdale gauche une ulcération aux rebords sinueux, d'environ 2 centimètres, dont le fond est tapissé d'une masse jaunâtre. Adénopathie en relation avec la lésion. Température : 38°2.

Quoique l'aspect de la lésion rappelât l'angine de Vincent, nous supposons que la syphilis en est la cause, syphilis maligne dont le traitement a été insuffisant. Nous entreprenons le traitement par

l'hectargyre par voie musculaire au commencement et ensuite par voie veineuse. Localement, gargarismes au permanganate de potasse (0 gr. 15 ‰) et attouchements quotidiens au nitrate d'argent (3 ‰). L'ulcération n'a presque pas changé pendant quinze jours de traitement. Elle est relativement propre, mais très douloureuse. Nous prélevons de la sécrétion pour l'examen microscopique, dont le résultat reste négatif en ce qui concerne l'association fuso-spirochétique. Nouvel examen quelques jours après, les attouchements ayant été abandonnés; on rencontre des bacilles et des spirochètes peu abondants.

Le 11 août on fait un badigeonnage à l'acide chromique à 5 ‰, combiné à des gargarismes au permanganate à 0 gr. 20 ‰. Le 13, l'ulcération n'a pas changé d'aspect; les douleurs ne s'étaient pas amendées. Le 14, attouchement à l'acide chromique pur, déliquescent (procédé de Dubreuilh). Le 16, l'ulcération s'est agrandie; les douleurs se sont améliorées le jour de l'application pour se reproduire avec la même intensité. Le 17 on commence les applications bismuthiques: badigeonnage au tartrobismuthate (émulsion huileuse à 1 ‰). Le lendemain les douleurs se sont amoindries; nouvelle application. Le 19 on voit la lésion stationnaire; attouchement au tartrobismuthate à 3 ‰. Le lendemain pas de douleurs; leur disparition s'est vérifiée deux heures après l'application faite le jour précédent. Nouvelle application. Le 22, lésion propre, en plein déclin; attouchement au bismuth. Le 25, cicatrisation complète.

Nous avons fait deux applications à 1 ‰ (dose insuffisante, probablement en vue de la résistance qu'ont conféré aux germes les traitements antérieurs) et trois à 3 ‰, dont les résultats ont été immédiats.

*3<sup>e</sup> Observation.* — Rodolpho, 24 ans, célibataire, menuisier. Le 28 mars vient à la consultation présentant une douleur très accentuée à la gorge. Courbature, frisson léger, température: 37°0.

On voit à l'examen une lésion aux bords irréguliers, géographiques, d'environ 2 centimètres, peu profonde, couverte d'une masse grise, siégeant à la partie moyenne de l'amygdale droite. Un peu en arrière une autre lésion de quelques millimètres avec les mêmes caractères. L'haleine est fétide. L'amygdale est un peu indurée et on remarque quelques ganglions sous-maxillaires engorgés. La maladie a commencé un jour avant par une douleur sourde. Notre malade a usé dès lors des gargarismes au sel de cuisine et au jus de citron. Nous faisons, au moment de la consultation, deux frotts dont l'examen pratiqué le soir nous révèle une bonne quantité de bacilles fusiformes et des spirochètes.

Nous lui ordonnons: 1° des gargarismes oxydants et alcalins; 2° diète lactée; 3° purgatif salin.

Le lendemain nous sommes appelés chez notre malade. Les douleurs se sont aggravées, le patient ne pouvant pas arriver à dormir. La fièvre a aussi atteint 39°4. L'ulcération est un peu plus propre, mais l'œdème environnant très accentué. Nous pratiquons un badigeonnage au tartrobismuthate à 2 ‰.

Le 30 nous rencontrons la lésion indolore, la disparition des douleurs se faisant environ trois heures après l'application bismuthique.

L'ulcération était propre et réduite de moitié en surface. Pas de fièvre. Nous faisons une autre application de tartrobismuthate. Guérison complète deux jours après, sans aucun autre badigeonnage.

4<sup>e</sup> Observation. — Raoul, 9 ans, vient à la consultation pour des douleurs à la gorge, surtout pendant la déglutition. C'est un enfant sain, n'ayant eu jusqu'alors qu'une conjonctivite banale. On voit sur l'amygdale droite une lésion de 1 centimètre, d'une couleur bistre, plus ou moins régulière dans son contour, très douloureuse au contact du stylet. Elle a paru, d'après ce que nous raconte son père, dans l'après-midi antérieur. Nous prenons du matériel pour faire des frottis dont l'examen, pratiqué ce jour même, démontre la présence de bacilles fusiformes peu abondants et peu de spirochètes. Nous pratiquons, au moment même de la consultation, un attouchement au bismuth à 2 % et nous ordonnons des gargarismes à l'eau oxygénée à 2 %.

Le lendemain son père vient nous dire que l'ulcération est toute petite et les douleurs ont tout à fait disparu.

\*  
\* \*

Il est évident que dans ces quatre cas le tartrobismuthate a eu une action sans pareille dans l'angine de Vincent, surtout si nous nous rappelons que, d'après la plupart des auteurs, un cas bénin dure, dans la moyenne, une semaine avec les traitements communs. Dans la première observation il s'agissait incontestablement d'un cas très grave où nous avons même craint un dénouement fatal. Le sel bismuthique a eu une action en effet héroïque sur la maladie. C'est particulièrement sur les douleurs que l'action a été vraiment merveilleuse dans tous les cas.

\*  
\* \*

Notre première observation a été publiée comme note préliminaire dans une revue brésilienne (19). Pendant deux ans nous n'avons pu rencontrer plus de quatre autres cas d'angine de Vincent et l'un d'eux n'a pu être observé par nous jusqu'au bout. L'angine ulcéro-membraneuse est donc une affection peu fréquente au Brésil.

On pourrait contester la valeur de ces observations en alléguant que leur nombre est trop réduit pour permettre de telles conclusions. Nous-même les exposons parce que les résultats obtenus dans d'autres affections fuso-spirochétiques les corroborent absolument. En effet, dans environ 60 cas d'ulcère phagédénique des pays chauds nous avons obtenu la guérison avec tout



au plus neuf applications du sel bismuthique en poudre. Dans tous ces cas, récents ou non, quelques-uns avec des lésions de 14 centimètres, *les douleurs ont toujours disparu complètement après la première application et la guérison a toujours eu lieu même dans les cas les plus graves.*

\*  
\* \*

La méthode est d'une simplicité frappante et ne demande, en aucune manière, de soins spéciaux. Il suffit de prendre une ampoule de trépol, de verser son contenu dans un petit godet et ensuite de l'appliquer soigneusement sur l'ulcération, avec un porte-coton. Si le cours de la maladie ne se modifie pas immédiatement, on doit augmenter le titre de l'émulsion de 1 % jusqu'à 3 %. Nous pouvons aller sans danger au delà de 10 %; mais jusqu'à aujourd'hui nous n'avons eu besoin que de 3 % au maximum.

Ce traitement que nous proposons semble être le plus facile à manier, le plus rapide, le plus énergique et le plus économique de tous ceux qu'on a proposé jusqu'à nos jours. Tous les auteurs, sauf de rares exceptions, sont d'avis que l'emploi local ou général du 914 reste le meilleur des traitements opposables à l'affection. Il faut cependant rappeler que son application est très douloureuse, ce qu'on n'observe pas avec le bismuth; qu'il coûte chez nous 30 à 40 francs l'ampoule, tandis que le bismuth coûte seulement 3 francs le gramme, quantité suffisante pour un cas d'intensité moyenne. Dans aucune des quatre observations citées, il n'a fallu plus d'un gramme de sel.

\*  
\* \*

Nous concluons :

1° L'angine de Vincent a une infinité de traitements dont plusieurs prônés comme spécifiques.

2° D'après les auteurs on peut, en les employant, obtenir la guérison des cas bénins en une semaine, en moyenne.

3° Le bismuth, sous la forme de tartro-bismuthate de potasse, a une action plus rapide sur l'affection que tous les autres traitements.

4° Le traitement par le bismuth reste le plus pratique, le meilleur marché et le plus énergique des traitements connus contre l'angine de Vincent.

## BIBLIOGRAPHIE

1. LANNOIS (M.). — *Précis de mal. de l'oreille, du nez, etc.*, t. II, p. 291. Oct. Doin et Fils, Paris, 1908.
2. MOURE et BRINDEL. — *Guide pr. des mal. de la gorge, du larynx, etc.*, 2<sup>me</sup> édit., p. 57. Oct. Doin et Fils, Paris, 1914.
3. GRENET (H.). — Angine ulcéreuse de Vincent in *La Pratique Médico-Chirurgicale* de Brissaud, Pinard et Reclus, t. I, p. 286. Masson et C<sup>ie</sup>, Paris, 1907.
4. TANTURRI (D.). — *Diagnostica otorhinolaryngoiatrica*, p. 48. Dr. Vallardi-Milano, 1916.
5. PARREL (G. de). — *Précis de thérapeutique méd. oto-rhino-laryngologique*, p. 312. A. Maloine et Fils, Paris, 1921.
6. COOLIDGE (A.). — *Diseases of the nose et throat*, p. 220. W.-B. Saunders Co., Philadelphia, 1915.
7. PACKARD (F.-R.). — *Text-book of diseases of the nose, throat et ear*. 2nd, édit., p. 222. J.-B. Lippincott, Philadelphia, 1913.
8. DUBREUILH (W.). — Traitement de l'angine de Vincent et des infections fuso-spirillaires par l'acide chromique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 6, 16 mars 1920, p. 153.
9. GALLAHER (F.-J.). — Trichloroacetic acid in Vincent's angina. *The Laryngoscope*, n° 7, july 1918, p. 551.
10. KIEFER (H.). — Vincent's angina. *The Laryngoscope*, n° 3, march 1919, p. 150.
11. HUBBARD (J.). — Vincent's angina. — *The Laryngoscope*, n° 11, november 1917 *apud The Journal of Laryngology*, n° 4, april 1919, p. 139.
12. SUIG (J.). — Considérations sur l'angine de Vincent et son traitement étiologique. *Presse Médic.*, n° 36, 3 mai 1924, p. 390.
13. MC CLINTOCK (A.-F.). — Vincent's angina. *Amer. Journ. of Medical Sciences*, February 1917 *apud Dental Cosmos*, vol. LIX, n° 5, may 1917, p. 560.
14. SACHS. — Trattamento dell'angina di Plaut-Vincent *apud Gazz. degli Ospedali*, 18 julio 1920, p. 590.
15. CAPITAN. — *Un traitement spécifique de l'angine de Vincent*. Comm. à l'Académie de Médecine, s. du 9 novembre 1920.
16. BOUCHET (M.). — Sur le traitement des angines de Vincent à allure grave. *Journal de Médec. de Paris*, 6 fév. 1923 *apud Arch. Internat. de Laryngologie*, n° 5, mai 1923, p. 561.
17. LEVADITI. — Nouveau traitement de la syphilis. *A Patologia Geral*, n° 1, Janeiro 1922, p. 1.
18. CALMETTE. — La chimiothérapie de la tuberculose. *Rev. de la Tuberculose*, n° 3, juin 1922 *apud Rev. de Chimiothérapie*, n° 5, sept.-oct. 1922, p. 104.
19. MANGABEIRA ALBERNAZ (P.). — O bismutho na angina de Vincent. *Jornal dos Clinicas*, n° 23, 15 de Dezembro 1922.

# FAITS CLINIQUES

---

## TRAITEMENT DE L'ICTUS LARYNGÉ PAR L'ALCOOLISATION DU LARYNGÉ SUPÉRIEUR

PAR

**E. HALPHEN**

Oto-rhino-laryngologiste  
des Hôpitaux de Paris.

**A. AUBIN**

Assistant d'O. R. L.

---

Le malade que nous avons l'honneur de présenter est un homme de 49 ans qui est venu nous consulter pour des accès de toux suivis d'ictus. Cette affection pénible remonte à douze ans déjà : elle se caractérise par une sensation de chatouillement très intense localisée par le malade à la région trachéale et sous-glottique, entraînant rapidement deux à trois secondes de toux sèche, irrésistible, puis une crise de suffocation, d'étouffement accompagnée de cyanose, de turgescence des veines du cou ; alors le malade tombe brusquement sans connaissance ; dans sa chute il lui arrive même de se blesser. La perte de connaissance ne dépasse d'ailleurs pas une minute ; il se relève, est encore agité d'un léger tremblement, mais peut même reprendre son travail.

Prévenu par son chatouillement, et sa toux spéciale et bien distincte, des quintes de toux qu'il doit à sa bronchite chronique, le malade a le temps de s'asseoir et de prévenir ainsi sa chute ; mais souvent l'accès se borne à la quinte de toux. Jamais de cri initial, d'aura, de morsure de la langue, d'émission d'urines.

Ces crises qui surviennent surtout le jour et rarement la nuit se répètent environ une ou deux fois par semaine.

A Lariboisière on lui a enlevé les amygdales comme thérapeutique de ses crises, mais les accès n'en ont subi aucune modifi-

cation ; ajoutons que pendant la guerre il n'a jamais eu de crise d'ictus ; il a fait son devoir au front comme fantassin, sans être arrêté, mais depuis son retour dans son foyer, la maladie a repris son cours avec une intensité tellement grande depuis plusieurs mois qu'il s'est décidé à venir nous consulter.

A l'examen, nous constatons une volumineuse amygdale linguale rouge et tomenteuse, des cordes légèrement rosées, difficiles à voir de par l'existence d'un violent réflexe nauséeux. L'auscultation nous montre quelques légers signes de bronchite chronique, le réflexe oculo-cardiaque ne nous a donné aucun renseignement. L'examen du système nerveux est absolument négatif, mais nous signalons l'existence d'une hyperesthésie du conduit auditif, le malade ne peut se nettoyer le conduit sans tousser ; enfin, si la pression du laryngé supérieur n'entraîne aucune douleur, le moindre attouchement externe du larynx (cricoïde surtout) déclanche une crise de toux.

Nous avons traité ce malade comme nous avons déjà traité deux sujets analogues par une injection d'alcool au niveau du laryngé supérieur.

Le soulagement fut immédiat ; les quintes de toux disparurent complètement ; mais au bout d'un mois, un ictus est encore survenu sans quintes de toux annoncé seulement par un léger chatouillement, la région pharyngo-laryngée est restée anesthésiée, l'attouchement de l'amygdale linguale de l'épiglotte et du vestibule laryngé avec un porte-coton n'entraîne ni toux ni ictus.

La guérison peut n'être pas durable, mais la thérapeutique si simple de l'anesthésie du nerf laryngé que nous employons aussi volontiers dans la laryngite tuberculeuse que dans les toux coqueluchoïdes d'origine pharyngée, peut être aisément renouvelée sans aucun inconvénient pour le malade.

---



VOLUMINEUX OS DE BOEUF ENCLAVÉ  
DANS L'ŒSOPHAGE ET NON DÉCOUVERT  
LORS D'UN PREMIER EXAMEN ŒSOPHAGOSCOPIQUE

Par G. DUTHEILLET DE LAMOTHE (*de Limoges*).

---

Il y a un an environ, M. M..., 53 ans, vient me consulter, parce que, dit-il, il a avalé la veille un os, et ne peut plus rien prendre. Cet homme bien portant par ailleurs est presque totalement édenté et se fait en conséquence préparer une sorte de pâtée composée de pommes de terre et de viande bouillie écrasée. Il est de son métier gardien de la bascule communale de son village, et la veille étant un jour de foire, il a avalé précipitamment cette mixture, et en même temps un fragment d'os volumineux, qu'il sent arrêté au niveau du larynx, un peu au-dessous.

À la radioscopie, on constate effectivement la présence d'un os triangulaire volumineux, arrêté la pointe en bas, en arrière du cartilage thyroïde.

Prenant le malade dans mon auto, je l'amène immédiatement à ma clinique et pratique une œsophagoscopie avec le tube de 11 millimètres de Lombard Le Mée. À ma grande surprise, ce tube franchit facilement la bouche œsophagienne et descend jusqu'au cardia sans rencontrer aucun obstacle. À l'examen rétrograde pratiqué en retirant le tube, je ne trouve non plus aucune trace du corps étranger.

Retirant mon tube, j'émetts alors l'hypothèse que l'os sera peut-être descendu spontanément jusque dans l'estomac, mais le malade m'affirme qu'il le sent toujours à la même place, et en outre qu'il a eu nettement la sensation que mon tube le refoulait en avant sans le faire descendre.

Devant cette affirmation et avant de pratiquer une nouvelle radioscopie, j'introduis à nouveau mon tube et passe comme la première fois sans rien voir. Retirant l'appareil, j'étais sur le point d'abandonner la partie, lorsque, en imprimant des mouvements de latéralité au manche, j'aperçois quelque chose de blanchâtre. Introduisant une pince, je saisis entre ses mors un corps dur qu'il m'est impossible de faire pénétrer dans la lumière du tube. Je sors alors le tout ensemble, et ramène un énorme fragment osseux long de sept centimètres, large à sa base de trois, et épais de plusieurs millimètres. C'est bien là le corps étranger que j'ai vu à l'écran. Le malade éprouve d'ailleurs un soulagement immédiat, et peut avaler une bouchée de mie de pain.

L'examen du corps de délit m'a expliqué comment j'avais pu pas-

ser à côté d'une pareille masse sans la voir. Cet os était placé de telle sorte que ses faces étaient parallèles à la colonne vertébrale. Or celle de ses faces qui regardait la lumière du conduit œsophagien était couverte d'une couche de viande d'aspect rougeâtre rappelant absolument celui de la paroi dudit conduit. C'est cet aspect qui à deux reprises m'avait trompé, mon tube s'insinuant entre la face postérieure de l'os et la face de l'œsophage accolée à la colonne. Pour réparer mon erreur il a fallu que j'aperçoive, en retirant le tube, le bord supérieur ou base de mon triangle osseux dénudé et blanchâtre.

Ce cas m'a paru digne d'être rapporté, car il y avait là une difficulté, à ma connaissance non rapportée, concernant l'extraction des os enclavés dans l'œsophage. Il montre que même, quand le corps étranger atteint des dimensions considérables, il peut s'insinuer entre les parois du conduit alimentaire et le tube introduit pour aller à sa recherche, et aussi combien il faut être réservé et prudent en pareille matière. Avant d'affirmer l'absence du corps étranger ou sa chute dans l'estomac, il faut répéter à plusieurs reprises l'exploration du conduit alimentaire, constater *de visu* la présence d'une ulcération susceptible de déterminer les douleurs dont se plaint le malade, et enfin avant de rien affirmer refaire un examen radioscopique.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## SOCIÉTÉ BRUXELLOISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

*Séance du 26 janvier 1923.*

HEYNINX présente une femme de 50 ans, atteinte de *tumeur de l'hypophyse*. Il y a adipose généralisée, absence de règles depuis l'âge de 35 ans, hémianopsie bitemporale, et la radiographie de profil de la tête montre l'agrandissement considérable de la selle turcique. L'opération est proposée.

HEYNINX montre un homme de 40 ans auquel M. MATAGNE a *enlevé un épithélioma porté de la pointe de la langue*, au moyen du *cautère froid*. L'opération a eu lieu il y a dix jours, et les tissus avoisinants sont encore en état réactionnel. Ce malade sera représenté ultérieurement.

**JAUQUET. — Un cas d'extraction d'une balle de revolver logée dans la base du crâne.**

Il s'agit d'un homme d'une vingtaine d'années, chez qui le projectile traversa la bouche et le voile du palais, pour aller se loger derrière la paroi postérieure du cavum, sous l'os occipital. Le voile du palais fut débridé sur la ligne médiane; la balle fut extraite avec une pince nasale à dents de souris, et le voile fut suturé. Guérison.

HEYNINX rappelle qu'il présenta également devant la Société bruxelloise d'O.-R.-L. un cas d'extraction d'une balle de revolver ayant traversé la paroi postérieure du cavum pour se loger entre l'atlas et l'axis. Ce fut à la séance de septembre 1922. A ce moment, JAUQUET critiqua l'emploi de la voie bucco-pharyngée pour l'extraction du corps étranger; et il préconisa la voie externe. HEYNINX constate aujourd'hui avec plaisir que JAUQUET est revenu de cette opinion, pour également employer la méthode interne bucco-pharyngée. JAUQUET n'admet pas la similitude des deux cas. HEYNINX fait remarquer que dans les deux cas le projectile a traversé la même région, c'est-à-dire la paroi postérieure du cavum, et que, dans les deux cas, la voie externe latérale du cou était anatomiquement impossible à cause de la présence de l'apophyse styloïde et du golfe de la jugulaire.

**BOSSAERT. — Kyste paradentaire uniloculaire du maxillaire inférieur.**

L'intérêt du cas réside dans la grande rareté de ces kystes à la mâchoire inférieure, alors qu'ils sont relativement fréquents au maxillaire supérieur. La tumeur atteint actuellement le volume d'une petite

mandarine, et s'étend depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la commissure des lèvres. En réalité, la genèse est ancienne, attendu qu'il y a un an et demi la première grosse molaire inférieure droite, qui doit avoir donné naissance au kyste, est tombée d'elle-même, expulsée probablement de son alvéole par le kyste grandissant.

L'enlèvement de la tumeur, coque osseuse et enveloppe, fut pratiqué par le sillon gingival, avec un résultat esthétique satisfaisant.

#### VAN GHELUWE. — A propos de certains œdèmes aigus du larynx.

Au cours de la plupart des maladies chroniques du larynx, peuvent survenir des épisodes aigus dont le mécanisme n'est pas précisé. Les plus frappants de ceux-ci sont les œdèmes. Les larynx tuberculeux, cancéreux ou syphilitiques, réagissent quelquefois par un œdème sur-aigu à un traumatisme insignifiant, à un toxique à doses éprouvées, ou aux deux en même temps. Cet œdème peut apparaître loin du point où l'agent a porté, et son mécanisme paraît être une paralysie vaso-motrice. V. G. relate un cas d'œdème sous-glottique qui, après l'échec des autres moyens habituels, finit par imposer la trachéotomie, et qui survint douze heures après une alcoolisation du laryngé supérieur droit, chez une jeune fille atteinte de tuberculose laryngée, et soignée trois semaines auparavant, sans incident, par cette même méthode. Examen des urines négatif.

Au cours des manœuvres internes ou externes sur ou dans des larynx à circulation déficiente, il faut toujours penser à des complications circulatoires possibles et parfois tout à fait disproportionnées. Si anodine en apparence que soit la petite intervention dans ces cas, elle ne sera faite que sur un malade : 1° mis préalablement au repos ; 2° dont les urines auront été examinées ; 3° et placé dans des conditions d'hospitalisation telles qu'une complication éventuelle pourra être traitée de façon adéquate.

HEYNINX attire l'attention sur la dose limite d'alcool à injecter autour du nerf laryngé supérieur. Il ne dépasse jamais 2 cc. de la formule de Sicard, qui est de l'alcool à 60°.

#### FALLAS. — Infection bilatérale de l'ethmoïde postérieur et du sphénoïde.

Femme de 54 ans traitée longtemps par des piqûres d'iodéol, pour néurasthénie. Myopie depuis l'enfance. Il y a quatre ans, cette myopie augmenta et deux oculistes constatèrent des lésions étendues de la choroïde. Il y a dix mois, céphalée occipitale, de plus en plus fréquente et intense, s'étendant ensuite vers le front. Depuis, sécheresse nasale, cacosmie et renaclage malodorant, suivi de sédation de la céphalée. Rhinoscopie antérieure : les deux cornets moyens sont très volumineux ; le droit descend jusqu'au cornet inférieur ; ni pus, ni polype. Rhinoscopie postérieure : rougeur diffuse de tout le cavum ; pas de pus. A la diaphanoscopie, tous les sinus sont parfaitement clairs. Une radiographie montre de l'ethmoïdite postérieure et de la sphénoïdite des deux côtés, FALLAS demande l'avis de ses confrères



pour savoir s'il vaut mieux, dans ce cas, recourir à l'opération radicale par voie externe, ou aborder l'ethmoïde et le sphénoïde par voie nasale.

M. HICQUET et ses collègues préconisent la voie interne.

*Séance du 30 mars 1923.*

**FALLAS. — Trois cas de paralysie de la corde vocale gauche.**

1° A la suite d'une grande frayeur et de cris aigus, une femme de 20 ans présente, depuis un mois, de la raucité, une toux fréquente, du hémage et des transpirations nocturnes. La laryngoscopie montra une paralysie complète de la corde vocale gauche, en position intermédiaire; et pendant la phonation il se produisait une coulée d'air entre les deux cordes vocales. L'examen clinique du thorax ne révéla rien; mais une radiographie faite par M. HENRARD montra la présence d'une volumineuse adénite médiastinale bilatérale. BORDET-GENGOU négatif. Traitement général fortifiant; et traitement local par massages vibratoires du larynx, deux fois par semaine. Guérison actuelle, au bout de six semaines.

2° A la suite d'une chute avec cris d'appel violents, il y a six semaines, un avocat de 35 ans présenta une raucité rapidement progressive, accompagnée de toux et de dyspnée d'effort. La laryngoscopie montra une paralysie complète de la corde vocale gauche, en position intermédiaire. Une radiographie du thorax faite par M. GOBEAU ne révéla rien de spécial. BORDET-GENGOU négatif. Traitement par l'iodure et le cacodylate de soude, sans résultat. Quinze séances de galvanisation du larynx, deux fois par semaine, donnèrent la guérison.

3° A la suite de cris violents à l'âge de 6 ans, une femme de 47 ans présente de la raucité depuis quarante et un ans. Tous les traitements électriques appliqués jadis restèrent sans résultat. Depuis huit ans, la laryngoscopie montre une paralysie complète de la corde vocale gauche en position intermédiaire; la corde vocale droite cherche à se mettre en contact avec la fausse corde vocale gauche hypertrophiée.

**FALLAS — Deux cas de paralysie récurrentielle bilatérale au cours d'un anévrisme de l'aorte.**

1° Un homme de 57 ans présente, depuis plusieurs mois, de la dyspnée inspiratoire, avec de la toux assez fréquente, et une voix étouffée. La syphilis est niée. A l'examen laryngoscopique, on constate de la paralysie des deux cordes vocales, en position intermédiaire, laissant entre elles un espace de 2 à 3 millimètres. Une radiographie montre la présence d'un volumineux anévrisme de l'aorte. BORDET-GENGOU négatif. Hospitalisation et trachéotomie. Soulagement, mais embolie mortelle huit jours après.

2° Au décours d'une grippe, une femme de 60 ans présenta des

symptômes asphyxiques que n'expliquait pas l'état des poumons. A la laryngoscopie, on constata que les cordes vocales restaient en position médiane pendant l'inspiration. Soulagement passager par le sirop de morphine. Trachéotomie dès le lendemain. Une radiographie montra la présence d'un volumineux anévrisme débordant largement le sternum.

DELIE s'étonne de la bilatéralité des lésions paralytiques, et voudrait une autre explication pour la position des cordes vocales de l'observation II.

JAUQUET admet la complexité de la question. L'excitation récurrentielle pourrait précéder la paralysie ; de plus, il observa un cas de paralysie récurrentielle bilatérale à la suite d'une opération de goitre faite par un chirurgien et qui s'accompagnait de phénomènes de suffocation.

VAN GHELHUYE serait tenté d'expliquer la position médiane des cordes par la théorie de Lermoyez, reconnaissant l'existence d'une lésion syphilitique centrale.

JAUQUET trouve cette théorie indéfendable dans ce cas, à cause de la présence de l'anévrisme.

FALLAS admet en effet que l'anévrisme n'exclut pas la théorie syphilitique, et signale en effet qu'il enregistra des douleurs dans les membres de la malade.

**DETRY. — Refoulement latéral du larynx par un sarcome du cou.**

**HEYNINX. — Un cas de fistules parotidiennes congénitales bilatérales.**

Enfant de 5 ans, qu'il se propose d'opérer par voie externe pour rejoindre l'origine intraparotidienne du canal de Sténon, suivre ce canal vers la bouche avec une aiguille droite à pointe mousse, et créer enfin un trajet artificiel jusqu'à la cavité buccale. L'aiguille étant armée d'un fil de soie vaseliné, il serait possible d'installer un séton à demeure, jusqu'à épithélisation complète du canal néoformé.

---

*Séance du 27 avril 1923.*

**HEYNINX. — Epithélioma perlé de la pointe de la langue, enlevé par le cautère froid.**

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui fut déjà présenté une première fois en janvier 1923, dix jours après l'opération. Actuellement, l'ancienne plaie opératoire est guérie, avec une belle cicatrice.

**FALLAS. — Papillome de la voûte palatine.**

**HICGUET. — Un cas d'open-bite.**

Enfant qui aurait déjà été opérée d'adénectomie. Son frère présentait la même malformation, résultant de ce que l'angle formé par les

deux branches du maxillaire inférieur est plus ouvert que normalement. Il en résulte que, tandis que les molaires supérieures et inférieures peuvent se mettre en contact, les incisives médianes restent toujours écartées, et que la bouche reste toujours ouverte, faisant croire, à première vue, à la présence de végétations adénoïdes. Le traitement sera orthodontique ou chirurgical.

**HICQUET. — Ma pratique de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.**

Aucune règle fixe ; cette narcose varie suivant les sujets. Le mélange de chlorure d'éthyle et d'oxygène, selon Le Mée, est peu pratique à cause de la nécessité d'un appareil difficilement transportable et onéreux. Il faut donner le chlorure moins « à l'étouffée ». Après une première dose allant jusqu'à la contracture musculaire de l'enfant, il faut enlever la compresse chargée d'anesthésique, et laisser respirer l'enfant. Ceci étant obtenu normalement, il faut donner une seconde dose d'anesthésique pendant 3 à 10 mouvements respiratoires, suivant que l'opération durera plus ou moins longtemps. Quand le malade est endormi, il faut attendre quelques secondes sans donner d'anesthésique, pour laisser au chlorure le temps d'agir sur les centres. Même pour les végétations adénoïdes, il faut opérer au seuil du réveil ; on profite ainsi des réflexes qui facilitent le rejet du sang. Ces précautions donnent une plus grande sécurité à la narcose ; en les respectant, HICQUET n'a jamais eu d'accident. Même technique pour l'application du bromure d'éthyle.

JAUQUET rejette l'emploi des appareils qui trop souvent fonctionnent irrégulièrement. Il est, en effet, inutile de vouloir doser l'anesthésique par ces appareils, car le système employant la compresse chargée de 5 à 10 grammes de médicament donne une quantité de vapeur saturée suffisamment constante, en vertu du principe de physique de la tension des vapeurs à saturation. Seul le facteur temps, c'est-à-dire la durée d'administration du bromure d'éthyle à l'enfant, importe. M. JAUQUET fixe cette durée à vingt secondes, ce qui conduit à la période apsychnique, suffisante pour les opérations d'amygdales et de végétations adénoïdes. Cette durée de vingt secondes est une limite fixe qu'on ne peut dépasser ; et quel que soit l'aspect endormi ou non de l'enfant, il faut opérer au bout des vingt secondes. L'enfant est maintenu en position assise et l'opérateur n'apparaît devant lui qu'au bout des vingt secondes révolues. S'il y a trismus, empêchant le placement de l'ouvre-bouche, il faut attendre la résolution de celui-ci pour introduire l'abaisse-langue, puis l'ouvre-bouche.

HEYNIX place toujours l'ouvre-bouche avant d'appliquer l'anesthésique ; il écarte ainsi les difficultés du trismus. Il évite aussi la cyanose en procédant comme suit : il respire profondément devant l'enfant qui l'imité très facilement ; puis il place l'ouvre-bouche et fait continuer les mêmes mouvements respiratoires ; enfin, il rapproche peu à peu la compresse chargée de 10 grammes de bromure d'éthyle, en engageant l'enfant à souffler très fort pour repousser l'odeur du médicament. Naturellement après cette forte expiration, succède aussitôt un profond mouvement inspiratoire, très favorable à l'absorp-

tion de l'anesthésique. Par cette méthode, une dizaine de secondes d'administration du bromure d'éthyle suffit pour arriver à la phase apsyche de l'anesthésie. Cette durée ne peut être immuable, et présente des variantes de deux trois secondes en plus ou en moins, selon les sujets. Les anémiques, les blonds et les roux, sont notamment beaucoup plus sensibles aux anesthésiques.

---

*Séance du 25 mai 1924.*

**HEYNINX. — Démonstration œsophagoscopique d'un cas d'épithélioma de l'œsophage.**

Chez un homme de 60 ans présentant une sténose œsophagienne à 23 centimètres au-dessous des incisives médianes supérieures. Parésie récurrentielle bilatérale. La radiographie montre la dilatation de l'œsophage, en amont de la sténose.

**FALLAS. — Sinusite fronto-maxillaire chez un malade porteur d'un syndrome de Horner.**

Il s'agit d'un homme de 30 ans qui, au cours d'une grippe, présentait tous les symptômes d'une sinusite fronto-maxillaire gauche ; hémicranie gauche, douleur à la pression digitale au niveau de ces sinus, diminution d'éclairage à la diaphanoscopie. Absence de pus dans le nez ; tête du cornet moyen enclavée entre la cloison et la paroi nasale externe. Traitement médical par inhalations mentholées, purgation, pédiluves, aspirine. Persistance des douleurs ; résection de la tête du cornet moyen, qui s'accompagna d'un écoulement purulent, et qui fut suivie d'une sédation des douleurs. Dix jours plus tard, récidive très violente de l'hémicranie, avec abattement général, ptose de la paupière supérieure gauche non infiltrée, myosis, douleur violente à la pression digitale du sinus frontal gauche. Les pupilles réagissaient très peu à la lumière, et pas du tout à l'accommodation. Absence de vomissements, de Kernig, de raie méningitique, de tréponème dans le sang. M. VAN LINT conclut à un syndrome de Horner (ou de Claude Bernard) ancien, antérieur à l'affection actuelle, résultant probablement d'une hypertrophie des ganglions cervico-thoraciques. La radiographie en fut refusée par le malade. Quant à la sinusite grippale, elle guérit par le traitement médical.

VAN GHELUVE fait remarquer qu'en cas de méningite il se produit généralement une mydriase ; aussi il ne croit pas à l'origine méningée de cette myose.

HEYNINX pense qu'il serait intéressant que l'œil gauche fût soumis aux diverses épreuves cliniques à l'atropine, à la pilocarpine, etc. pour déterminer la cause de cette myose, soit par paralysie du sympathique, soit par excitation du nerf moteur oculaire commun.

DELIE ne croit pas à l'intervention du sympathique, puisqu'il y a ptose de la paupière supérieure.



HEYNIX. — **Fistule congénitale externe de cou, associée à un chondrome de la base cervicale du même côté.**

---

*Séance du 29 juin 1923.*

**DELIE. — Quelques réflexions sur les paralysies du larynx.**

Sans insister sur deux formes d'aphonie, celle résultant de la paralysie du muscle thyro-aryténoïdien interne intravocal qui donne à l'espace glottique une forme ovale, et celle résultant de la paralysie du muscle interaryténoïdien qui donne à l'espace glottique une forme en entonnoir ouvert du côté aryténoïdien, Delie classe les autres paralysies laryngées : 1° en paralysie totale ou générale, intéressant à la fois les muscles constricteurs et les muscles dilatateurs de la glotte, ayant pour type la glotte en position cadavérique, de forme triangulaire à base aryténoïdienne, avec absence de dilatation de la glotte pendant le mouvement inspiratoire ; c'est une *paralysie phonatoire* avec aphonie, toux éteinte, respiration normale au repos, mais dyspnéique pendant l'effort d'une marche prolongée ; parfois cette aphonie disparaît pendant le sommeil naturel ou chloroformique, elle est alors d'origine hystérique ; 2° en paralysie des dilatateurs de la glotte, c'est-à-dire des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, supprimant la possibilité d'écartement des deux cordes vocales dont les bords restent en contact même pendant le mouvement inspiratoire ; c'est une paralysie respiratoire sans aphonie ; la toux reste sonore, l'inspiration est bruyante, surtout si le malade fait un effort d'inspiration.

*La paralysie phonatoire* a pour causes : a) anatomiques : les lésions des nerfs récurrents par section au cours d'une thyroïdectomie, par compression, par un goitre, par une tumeur de la trachée, par des ganglions bronchiques tuberculeux ou cancéreux, par des affections médiastinales ou péricardiques, par un anévrysme de l'artère sous-clavière ou du tronc brachio-céphalique droits comprimant le nerf récurrent droit, par une adénite médiastinale avec tuberculose pulmonaire ou avec un néoplasme malin du médiastin ou de la plèvre (deux cas observés par Delie), par une pleurésie tuberculeuse du dôme pleural droit, par une gomme syphilitique du sommet droit du médiastin (un cas observé par Delie) ; les mêmes lésions compressives destructives des nerfs pneumogastriques dans tout leur trajet cervical, depuis la base du crâne jusqu'au triangle pharyngo-maxillaire et jusqu'à la base du cou, et dans leurs origines centrales bulbaires au niveau du plancher du quatrième ventricule, ou cérébrales. Ici, le diagnostic des lésions sous-jacentes à l'origine du nerf laryngé supérieur s'éclaire par l'association de la paralysie récurrentielle avec des troubles nerveux de l'œsophage, du cœur et de l'estomac ; tandis que le diagnostic des lésions sus-jacentes à cette origine s'éclaire par l'association de tous les troubles nerveux précédents, auxquels s'ajoutent l'anesthésie du vestibule laryngé et la paralysie de l'épiglotte qui reste presque verticale, accolée à la base de la langue, et ne protégeant plus l'entrée du larynx ; les troubles nerveux des nerfs craniens

voisins du pneumogastrique peuvent également intervenir et se manifester du côté de la langue, du larynx, du sterno-cléido-mastoïdien, etc. Toutes ces lésions peuvent être uni ou bilatérales, provoquant des paralysies uni ou bilatérales; *b)* les causes pathologiques sont : les laryngites aiguës, le typhus, la prétuberculose, l'onanisme parfois, la diphthérie avec intoxication, soit du tronc nerveux du pneumogastrique, soit des muscles laryngiens et de leurs nerfs, et dont le diagnostic s'éclaire par les commémoratifs et la concomitance éventuelle d'autres paralysies; les excès vocaux, d'où aphonie brusque ou rapide par épuisement nerveux ou par déchirure du muscle intravocal; la tuberculose pulmonaire au début, dont le signe laryngé est une paralysie bilatérale des deux cordes vocales avec une anémie profonde des muqueuses laryngée et vélopalatine; l'hystérie, sans lésion cérébrale pneumogastrique ou récurrentielle, dont le diagnostic s'éclaire par son apparition à l'âge de la puberté, par l'état névropathique de la personne, par l'existence de zones d'anesthésie fixes ou migratrices, surtout au pharynx et même au larynx, avec des paresthésies (boule hystérique), par les commémoratifs d'une aphonie antérieure et éphémère ou d'une hyperesthésie laryngée passagère avec toux spasmodique disparaissant avec le repos, par la concomitance de spasmes musculaires divers et éphémères.

2. *La paralysie respiratoire* a pour causes : *a)* anatomiques : les lésions des muscles crico-aryténoïdiens; *b)* pour causes pathologiques : l'inflammation ulcéreuse ou non de la région aryténoïdienne, les troubles nerveux centraux, soit avec spasmes des constricteurs (laryngite striduleuse des enfants, ictus laryngé des adultes, spasme hystérique des adolescents reconnaissable par sa disparition pendant le sommeil naturel ou chloroformique et par l'hyperesthésie du vestibule laryngé), soit avec paralysie des dilatateurs (lésion du tronc nerveux du pneumogastrique dont les fibres laryngo-dilatatrices sont les premières atteintes, lésion centrale syphilitique, tabétique ou paralytique générale).

*Le pronostic* est favorable pour les aphonies par excès vocal, par la laryngite catarrhale ou diphthérique, par toxémie, par hystérie contre laquelle l'auto-suggestion et plus souvent la suggestion sont nécessaires. Les aphonies par paralysie périphérique guérissent avec la disparition de la cause comprimante (goitre, adénite). Il y a incurabilité en cas de section opératoire des récurrents, d'anévrisme, de tumeur ou d'adénite cancéreuse, de lésion centrale syphilitique.

Les paralysies totales permettent la respiration, mais créent l'aphonie; les paralysies de dilatateurs respectent la phonation, mais créent la dyspnée nécessitant la trachéotomie. Dans les deux cas, la déglutition est possible lorsque le nerf laryngé supérieur est intact; sinon, il y a de l'anesthésie de la muqueuse du vestibule du larynx et de la paralysie des muscles abaisseurs de l'épiglotte et constricteurs de la glotte, d'où résulte une pneumonie de déglutition qui finit par emporter le malade.

HEYNINX. — Ostéopériostite de l'angle du maxillaire inférieur.

FALLAS. — Ulcération syphilitique du tragus.

*Séance du 28 septembre 1923.*

**JAUQUET. — Absès extra-dural rétro-auriculaire.**

Opération et guérison.

**HEYNINX. — Otite staphylococcique latente avec méningite staphylococcique.**

État méningitique, Kernig positif, température oscillant entre 39° et 40°, séro-diagnostic de Vidal négatif, ponction lombaire ramenant un liquide contenant du staphylocoque. Situation alarmante. Du côté de l'oreille gauche seulement, la région de la membrane de Schrapnell est plus rouge qu'à l'oreille droite; le reste de la membrane du tympan paraît moins brillant et plus mat que normalement, bien que le triangle lumineux persiste. Paracentèse de la membrane du tympan et paracentèse de la membrane de Schrapnell par où s'écoule un abondant liquide séreux renfermant beaucoup de staphylocoques. Depuis cette paracentèse, la température diminua rapidement et l'état méningitique disparut en l'espace de quelques jours.

M. HEYNINX attire l'attention de ses collègues sur l'utilité de la paracentèse de la membrane de Schrapnell, dans certains cas. C'est ainsi qu'il observa un début d'otite streptococcique dont les seuls signes cliniques furent la rougeur anormale de la région de Schrapnell dans une oreille seulement, la douleur vive, et l'extrême nervosité du sujet, caractéristique du début d'invasion de l'infection streptococcique. La paracentèse de la membrane de Schrapnell donna un liquide séro-sanguin, que le laboratoire qualifia de culture pure de streptocoque. Le reste de la membrane du tympan était normal; et on comprend que ce soit la région de Schrapnell qui soit envahie la première, puisque la poche de Prussak, qui se trouve en dedans de la membrane de Schrapnell, communique en avant avec le carrefour où aboutissent d'une part l'orifice tympanique de la trompe d'Eustache, et d'autre part la logette des osselets et la caisse du tympan.

**HIGUET. — Fermeture immédiate de la plaie rétro-auriculaire d'une antrotomie, avec guérison en quinze jours.**

Enfant de quatre ans. En réséquant le maximum possible de la paroi postérieure du conduit, tant dans sa portion cartilagineuse qu'osseuse, il obtint un trajet fistuleux de cette paroi postérieure du conduit, mettant la cavité antro-mastoïdienne opératoire en communication avec la cavité du conduit.

FALLAS préfère, pour les cas aigus, drainer par la partie la plus décisive de la plaie rétro-auriculaire, dont la partie supérieure est suturée.

VAN GHELUWE fait remarquer qu'en cas de suppuration la plaie suturée se fistulise spontanément.

DETRY place un drain à l'angle déclive de la plaie, dont il suture la partie supérieure; ce drain est enlevé le quatrième jour.

BOSSAERT insiste sur l'importance de la nature du terrain, qui parfois se défend mal et apporte des exceptions aux règles classiques.

HEYNINX partage cette façon de voir ; et il signale aussi l'importance de la nature de l'infection microbienne ; pour sa part, il a remarqué que c'est généralement l'ostéite streptococcique de la mastoïde qui est exposée à la récurrence ; il faut alors réopérer largement pour arriver à la guérison.

**VAN GHELUWE. — Thrombo-phlébite suppurée latente du sinus latéral, qui évolua sans symptômes chez un garçon de dix-sept ans.**

A la troisième semaine d'une otite, otorrhée très abondante à travers une perforation large de la membrane du tympan ; abaissement de la paroi postéro-supérieure, base mastoïdienne un peu douloureuse à la pression. Pas de point de Griesinger (sinus latéral) ; la température prise plusieurs fois par jour est normale ; état général parfait, au point que le garçon se rend en bicyclette à son travail. Après quatre jours de pyorrhée abondante, opération. Antre rempli de pus, se remplissant sans cesse par une fistule de la paroi postérieure, qui conduit à un sinus dont la paroi est détruite et dont la cavité est remplie par un caillot et du pus. Drainage de cette cavité sinusale par une mèche. Trois jours plus tard, température en aiguilles ; l'alimentation se fait pendant les heures apyrétiques ; abcès de fixation, application du goutte à goutte intra-rectal ; provocation du choc hémoclasique par l'injection intraveineuse d'électrargol. Température redevenue normale quinze jours plus tard. Pour conclure M. Van Gheluwe insiste sur l'absence des symptômes sinusaux dans un cas de thrombo-phlébite suppurée ; il estime qu'il faut traiter cette lésion comme un simple abcès, c'est-à-dire se contenter de l'ouvrir au bistouri et de le drainer avec une mèche de gaze.

HEYNINX pense que cette méthode, déjà décrite par plusieurs auteurs et notamment par Fallas, constitue une méthode de choix.

FALLAS s'oppose, en effet, à cette ancienne coutume de curetter la cavité du sinus jusqu'à l'afflux de sang, soi-disant pour laver l'intérieur du sinus.

HICGUET signale aussi l'erreur de toujours vouloir ponctionner le sinus latéral, dès que la résection des foyers d'ostéite l'a mis à découvert ; trop souvent cette façon d'agir a produit des thrombo-phlébites ultérieures et Hicguet n'en veut pour preuve que les statistiques de thrombo-phlébites de ceux qui ponctionnent systématiquement et qui arrivent à des chiffres plus élevés que partout ailleurs.

**HEYNINX. — Présentation de la poche d'un kyste dermoïde opéré et se trouvant sur le trajet du canal thyro-glosse.**

---



*Séance du 25 octobre 1923.*

**FALLAS. — Kyste du maxillaire inférieur.**

Femme de 23 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, sauf des caries de toutes les dents qui furent avulsées à l'âge 18 ans. Le kyste en question débuta au quatrième mois d'une grossesse, par des douleurs dans la mâchoire inférieure droite, qui se dissipèrent ensuite, mais qui réapparurent cinq mois plus tard, en même temps qu'il s'y forma une tuméfaction dont la ponction au bistouri ramena un liquide kystique brunâtre. Drainage et applications de teinture d'iode dans la cavité kystique sans résultat. Une radiographie montre la raréfaction de l'os, à ce niveau. Pas de crépitation au toucher. Opération sous anesthésie chloroformique. Incision de la fibromuqueuse externe du maxillaire, parallèlement à la branche horizontale, et sur une longueur de 4 centimètres. Dissection de la muqueuse et mise à nu du kyste ; celui-ci s'étendait sur presque toute la hauteur de la branche horizontale de l'os, et ne respectait que deux ou trois millimètres d'os aux bords supérieur et inférieur. Le nerf dentaire inférieur, mis à nu fond de la cavité, fut arraché et suivi dans son canal au moyen d'un stylet porte-coton rugueux qui servit d'arrache-nerf.

Les bords tranchants de la cavité osseuse furent taillés en biseau et la muqueuse buccale après incision de la fistule, fut rabattue dans la cavité osseuse et maintenue par un tamponnement jusqu'au lendemain. Suites opératoires normales ; bains de bouche à l'eau oxygénée, alimentation normale. L'analyse du kyste faite par le professeur Dustin porte : « kyste à paroi conjonctive avec forte infiltration inflammatoire chronique (nombreux plasmatoctes et mastocytes). Epithélium superficiel en voie de desquamation avec forte infiltration. Entre mailles du tissu conjonctif, quelques cristaux de cholestérine. »

M. Fallas signale la rareté des kystes du maxillaire inférieur ; seule leur énucléation peut donner la guérison définitive.

**HEYNINX. — Un cas de guérison de périhypopharyngite et de périœsophagite cervicale.**

Homme de 25 ans, qui se blessa le côté droit de la bouche œsophagienne en avalant un morceau de verre. L'œsophagoscopie y montra une plaie linéaire de deux centimètres de longueur ; mais sans permettre de découvrir le corps étranger, qui était déjà au delà du cardia. Un régime à l'huile d'olive et à la purée de pommes de terre fut institué ; et, le lendemain, le morceau de verre fut retrouvé dans les selles. Après encore trois jours de repos et de bonne alimentation à l'hôpital, cet homme, qui ne ressentait plus rien d'anormal, put rentrer chez lui. Huit jours plus tard, il revint se présenter dans le service hospitalier de M. Heyninx, pour une dysphagie douloureuse avec gonflement du cou droit. En effet, il y avait empatement douloureux à la pression, avec tuméfaction légère le long du côté droit des premiers cartilages de la trachée ; et la laryngoscopie fit constater la présence d'une infiltration rouge et œdémateuse de la face pos-

térieure du cricoïde et de l'hypopharynx, du côté droit. Hyperleucocytose. Le lendemain l'induration des tissus profonds du cou, perçue à la palpation, s'étendait jusqu'à la base du cou, à hauteur de la clavicule droite. La plaie s'était donc infectée par une alimentation impropre prise au domicile du malade, une périhypopharyngite et une périœsophagite cervicale droite s'étaient produites, et un phlegmon de cette région profonde du cou et du médiastin était imminente. La température oscillait autour de 39°. Avant de faire courir les risques d'une opération dont l'action traumatique risquait de rompre les barrières de défense du tissu cellulaire envahi, il fut décidé d'instituer une cure au stock-vaccin de Delbet ; celui-ci donna la guérison en une semaine.

JAUQUET eut à traiter un cas analogue ; l'opération eut lieu ; elle ne put sauver le malade.

---

*Séance du 30 novembre 1923.*

#### FALLAS. — Un cas de méga-œsophage.

Femme de 48 ans qui, après avoir exagérément bu du café quotidiennement et pendant des années, finit par constater, vers l'âge de 33 ans, que les deux premières tasses de café passaient, mais étaient vomies fréquemment ; et qu'ensuite une troisième tasse ne passait plus. Puis la dysphagie s'établit pour les aliments solides ; parfois ils étaient vomis intact bien qu'ingurgités la veille ou l'avant-veille ; tandis que les aliments pris le jour même étaient parfois gardés. Ces vomissements alimentaires étaient enrobés de glaires épaisses et ressemblant à du blanc d'œuf. Ces symptômes durèrent des années. Plus tard, ces vomissements présentèrent un goût acide, fétide de fermentation. Amaigrissement général. Ces dernières années, la déglutition se fit mieux et la malade regagna plusieurs kilos. Tous ces signes cliniques firent penser à un diverticule de l'œsophage engageant à proposer une radiographie. Celle-ci faite par M. Henrard montra une énorme dilatation de l'œsophage s'étendant de la clavicule à la X<sup>e</sup> vertèbre dorsale, où un étranglement œsophagien précède une vaste poche diverticulaire dont la partie inférieure fortement rétrécie se termine en pointe sans montrer de continuité avec l'estomac. Celui-ci est rétréci à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs qui sont ptosés et descendent au delà de la crête iliaque. L'œsophagoscopie faite en vue de dilater le rétrécissement œsophagien fut abandonnée par la malade.

#### HICGUET. — Pièce de monnaie extraite de l'œsophage d'une jeune enfant, au moyen de l'œsophagoscope de Brunings.

HEYNINX préfère la méthode préconisée depuis plus de quinze ans par M. Henrard qui enlève ces pièces de monnaie sous l'écran radioscopique. M. Heyninx en a enlevé ainsi plus d'une douzaine ; et il a pu constater l'excellence de la méthode. Chez les jeunes enfants, ces pièces sont toujours arrêtées dans l'œsophage à hauteur du manu-

brium ; elles sont orientées dans le plan frontal ; l'enfant non endormi est maintenu sur les genoux d'une infirmière ; son côté gauche est dirigé vers l'ampoule de Coolidge, et contre son cou droit est appliqué l'écran radioscopique constitué par une feuille de bristol enduite de platinocyanure de baryum. Cet écran souple se moule exactement contre la surface verticalement concave du cou, et permet de voir très nettement le profil de la pièce de monnaie et des deux mors de la pince de Kirmisson que l'opérateur tient de la main droite et a introduits par la bouche jusque dans l'œsophage, sous le contrôle des rayons X. L'opération ne dure pas plus de trois secondes. M. Jauquet préfère l'emploi de l'œsophagoscope, le sujet étant en position assise, sans narcose.

*Séance du 28 décembre 1923.*

**DELIE. — Méningisme avec iridocyclite syphilitique héréditaire et coryza spécifique.**

Enfant de 6 mois qui présenta en l'espace de trois jours trois crises convulsives avec un faciès rouge, les traits contractés et les paupières closes par spasme. Il y avait du coryza chronique depuis l'âge de 2 mois, avec des fissures aux ailes du nez et aux commissures des lèvres, des aphtes buccales et du muguet. Iritis à droite. Crâne natiforme. Aucune autre éruption ni trace d'éruption. Liquide céphalo-rachidien normal. Mère bien portante. Père syphilitique deux ans avant le mariage, insuffisamment traité. L'enfant guérit rapidement par des injections intramusculaires de 15 centigrammes de bismuth et par des instillations d'atropine et de cocaïne dans l'œil.

**FALLAS. — Femme de 40 ans atteinte de céphalée rebelle.**

Depuis plusieurs mois, chez laquelle une résection des cornets moyens ne donna aucun résultat. Plusieurs Bordet-Wassermann restèrent négatifs. L'iodure, même à haute dose, ne donna rien. La diaphanoscopie n'est pas décisive. Y aurait-il lieu d'intervenir sur le sinus sphénoïdal ou frontal ? M. Fallas demande l'avis de ses collègues.

JAUQUET donnerait de l'iodure. Fallas objecte qu'il a été donné longtemps en vain. Delie demande une radiographie des sinus. M. Heyninx fait remarquer que les douleurs de la malade proviennent d'une évolution rhumatismale chronique de ses muscles trapèzes et des articulations de la colonne vertébrale cervicale. La malade donne elle-même le diagnostic de sa maladie en signalant les craquements qu'elle perçoit au moindre mouvement de la tête, et qui résultent de l'arthrite des vertèbres cervicales ; son faciès normalement très rouge est typique du rhumatisant. Aussi Heyninx conseille le ricin, le laxoléo, le salicylate de soude et les massages vibratoires électriques des muscles trapèzes.

## SOCIÉTÉ NEURO-OTO-OCULISTIQUE DE STRASBOURG

*Séance du 10 mai 1924.***BARRÉ et DUVERGER. — Papillite bilatérale et polynévrite éthylique post-traumatique.**

Une femme ayant des habitudes éthyliques, mais bien portante jusque-là, reçoit des coups violents sur la tête. Perte de connaissance prolongée : quelques jours après le réveil s'établit rapidement une polynévrite éthylique typique avec abolition des réflexes tendineux et R. D. sur les groupes musculaires les plus atteints.

En même temps papillite bilatérale, sans autres troubles de la vision ou du fond d'œil, qui indique l'existence d'une gêne circulatoire intra-cérébrale. Et celle-ci est très probablement en rapport avec une hémorragie méningée extra dure mérienne dont l'existence n'était décelée ni par la ponction lombaire ni par la radiographie.

Les auteurs insistent sur l'importance de l'examen oculaire en pareil cas et sur le rôle du traumatisme dans le développement des accidents polynévritiques.

**VINCENT (de Paris). — Sur la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Etude des réactions labyrinthiques.**

La question du mécanisme de la déviation conjuguée a peu avancé parce qu'on a voulu la résoudre en étudiant l'anatomie pathologique des lésions. Elle s'éclaire beaucoup si l'on peut faire des enquêtes physiologiques et étudier les réactions labyrinthiques.

L'auteur montre que dans certaines lésions lenticulo-capsulaires, la déviation qui se fait du côté opposé à l'hémiplégie peut être corrigée par l'irrigation froide de l'oreille opposée à cette déviation. Il distingue deux voies cortico-oculogye, centrale, et vestibulo-oculogyre, périphérique.

**STELZ. — A propos d'un cas d'exophtalmie pulsatile traumatique.**

Observation d'une femme de 55 ans qui avait reçu un plomb dans l'orbite gauche. Deux jours après la blessure apparurent les symptômes d'une exophtalmie pulsatile, qui s'accrochèrent par la suite. On ne lia la carotide gauche que 15 jours après le traumatisme, la compression digitale prolongée ayant été pratiquée en de nombreuses séances et n'ayant jamais provoqué d'accidents.

Néanmoins la malade eut une hémiplégie et succomba. L'auteur expose les particularités du cas et insiste sur la gravité de la ligation si elle est faite dans ces cas d'exophtalmie pulsatile à manifestations précoces et évolution rapide.



**CANUYT et J. TERRACOL. — Les complications oculaires des sinusites fronto-maxillaires.**

Cas de sinusite frontale et d'ethmoïdite chronique ayant déjà subi il y a plusieurs années une opération par voie externe selon le procédé de Killian. Des symptômes oculaires consistant en tuméfaction des parties molles péri-oculaires et la congestion du fond de l'œil commandent sur l'indication de l'ophtalmologiste, une nouvelle intervention. On découvre un foyer d'ostéite. Amélioration progressive et rapide.

Ce cas s'oppose nettement à certaines affections oculaires, en particulier les névrites rétro-bulbaires, qui guérissent par une intervention sinusienne alors qu'aucune lésion n'a pu être constatée même au cours de l'intervention.

**BARRÉ et DUVERGER. — Troubles labyrinthiques et perte des mouvements horizontaux des yeux.**

En même temps que des vertiges, des vomissements et des maux de tête, s'installe de la diplopie chez une femme de 30 ans. Le nystagmus et différentes épreuves cliniques indiquent une lésion de l'appareil labyrinthique droit. Il existe en outre une paralysie presque totale des mouvements de latéralité, et un peu moins prononcée, dans la convergence, avec conservation parfaite des mouvements verticaux. Parésie faciale droite. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ; Bordet-Wasserman négatif. Évolution en quelques semaines vers la guérison presque complète. Les auteurs discutent le diagnostic étiologique de ce syndrome facio-vestibulo-oculaire.

**DUVERGER et BARRÉ. — Troubles labyrinthiques et perte des mouvements horizontaux des yeux.**

Premier examen le 29 mars 1924 : strabisme convergent, mouvement pendulaire de haut en bas, conservation de l'amplitude des mouvements d'élévation et d'abaissement, limitation de tous les mouvements de latéralité avec prédominance sur l'abduction (OD ne dépasse pas la ligne médiane).

Trois mois après, il reste un léger strabisme convergent de l'œil droit et une limitation de 5° dans les mouvements d'abduction de cet œil.

**BARRÉ. — Sclérose en plaques à forme labyrinthique.**

L'auteur apporte l'observation de trois nouveaux cas de la forme de sclérose en plaques qu'il a récemment isolée.

Ces malades qui étaient uniquement « labyrinthiques », il y a deux et trois ans, ont maintenant une sclérose en plaques typique, avec troubles pyramidaux bilatéraux, névrite rétrobulbaire, et exaspération momentanée des troubles labyrinthiques.

Cette forme intéressante n'est probablement pas rare et mérite d'être bien connue.

## SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE PARIS

*10 avril 1924.*

REVERCHON, AUZIMOUR et BOLOTTE. — **Evaluation de l'insuffisance respiratoire d'origine nasale, par la méthode graphique à l'aide du masque de Fech relié à un manomètre inscripteur.**

L'étude graphique du débit respiratoire en respiration calme fournit des renseignements intéressants et précis sur le degré de perméabilité nasale ; permettant d'apprécier les altérations du rythme, l'évolution et l'intensité du débit aérien aux deux temps de la respiration. Les tracés recueillis chez de nombreux insuffisants nasaux, et, pour certains, avant et après la suppression chirurgicale de l'obstruction, traduisent fidèlement les variations de la valeur fonctionnelle nasale.

A. WEILL et N. AMADO. — **Restauration spontanée du conduit après évidement.**

Nous vous présentons une malade qui a été évidée le 12 juin 1923 et dont le conduit s'est restauré spontanément et d'une façon si complète qu'il ne semble pas qu'il s'agisse d'une cicatrisation après évidement. L'opération s'est passée sans incident et a été terminée par la plastique à grand lambeau inférieur que nous avons adoptée dans le service de M. G.-A. Weill. A partir du cinquième jour apparaît un gros œdème du pavillon. Cet œdème considérable les premières semaines persiste, sans périchondrite, pendant trois mois, jusqu'à élimination de 2 catguts provenant de ligatures.

Au cours de ces trois mois il s'était produit un rétrécissement du conduit ; pour éviter la tendance à l'atrésie, nous procédions à la dilatation au drain de caoutchouc. Aussitôt après l'élimination des catguts, la guérison fut rapide. Actuellement, à part la cicatrice postérieure assez irrégulière, on voit les traces de la section du pied de l'hélix ; portion initiale du tracé de la plastique ; le conduit élargi dans son premier centimètre, se continue jusqu'à la caisse, parfaitement épidermisé.

Un stylet coudé pénètre dans une cavité qui représente l'attique dont le mur de la logette se serait reconstitué.

Quant à l'audition elle est conservée à partir de la 340 et se limite à la perception de la voix criée.

A. WEILL. — **L'éternuement.**

Au cours d'un examen ou d'une opération, l'éternuement du malade est bien gênant.

Dans certaines affections douloureuses de la tête, du thorax, du diaphragme, de l'abdomen, et aussi dans la névralgie sciatique, l'éternuement est extrêmement pénible.

Enfin l'éternuement est un bruit indiscret que nous voudrions plus d'une fois éviter.

Pour arrêter ce réflexe, le moyen est, on peut le dire, à portée de la main. Il suffit de pincer entre le pouce et l'index la sous-cloison assez fortement et assez longtemps, pour faire disparaître le chatouillement prémonitoire de l'éternuement.

**MOURE et G. LIÉBAULT. — Evidement pétro-mastoïdien bilatéral dont l'un pour otite cicatricielle adhésive. Amélioration de l'audition.**

Les auteurs présentent l'histoire d'une malade qui a subi il y a plusieurs années un évidement pétro-mastoïdien droit pour otorrhée et dont l'audition de ce côté a été nettement améliorée, au point qu'ayant à gauche une très mauvaise audition par otite cicatricielle adhésive, elle a demandé pour ce côté la même opération. L'évidement gauche a été pratiqué, le résultat est excellent et la malade entend actuellement mieux qu'avant d'être opérée. La conservation de l'audition après évidement pétro-mastoïdien bilatéral est classique, l'intérêt de cette malade réside dans le fait que l'une des opérations a été faite pour une otite sèche cicatricielle avec un excellent résultat.

M. LABERNADIE.

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE. SECTION D'OTOLOGIE.

*Séance du 8 décembre 1923.*

**ARTHUR CHEATLE. — Trois cas de lésion otique après injection d'alcool pour névralgie faciale.**

Dans 2 cas, chez des malades de 71 et 72 ans il y eut immédiatement après l'injection d'alcool une surdité dont la formule était en rapport avec l'appareil de transmission. Il semble y avoir eu pénétration d'alcool dans la trompe d'Eustache; cet accident pourrait être évité si l'on n'utilisait pas l'anesthésie générale.

Le troisième cas concerne une femme de 22 ans, qui fut atteinte de surdité totale gauche après injection d'alcool sous anesthésie générale. La perte de l'audition était accompagnée de vertige et de paralysie du 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> nerf cranien. L'accident semble devoir être imputé à une pénétration d'alcool dans l'espace sous arachnoïdien paralysant directement les nerfs 6, 7, et 8. Les injections d'alcool avaient été pratiquées par des spécialistes au courant de la technique.

LAYTON a observé récemment un cas analogue.

JENKINS rapporte également deux cas dans lesquels l'injection d'alcool créa des troubles graves du côté des oreilles, dans un cas une destruction complète d'un labyrinthe et enfin un autre cas qui fut suivi de mort par injection d'alcool dans les méninges.

SIDNEY SCOTT n'a utilisé les injections d'alcool que sur la 3<sup>e</sup> branche du trijumeau. La technique exige beaucoup de minutie et une grande pratique pour mettre à l'abri des dangers sus-mentionnés.

WILLIAM MILLIGAN. — Cette question intéresse également des ophtalmologistes. L'auteur n'est pas partisan des injections d'alcool, parce qu'il est difficile d'atteindre les nerfs en raison des variétés de leur trajet et parce que le résultat thérapeutique n'est que passager. Comme on le voit la technique n'est pas sans danger ; pour sa part l'auteur a vu un cas avec effet désastreux éloigné.

LAYTON. — **Mastoïdectomie sous anesthésie locale chez un diabétique.**

L'opération pour des lésions très étendues fut très bien supportée par le malade (urines, d : 1038, sucre 3 %). Seule l'incision des téguments fut douloureuse.

MUSGRAVE WOODMANN a également opéré récemment un diabétique alcoolique de mastoïdite en utilisant la novocaïne ; la seule chose désagréable était les coups de maillet, dont il atténua le choc en recouvrant le maillet d'une couche de charpie.

JAMES ADAM a utilisé l'eucaine dans une mastoïdite récente en attendant dix minutes après l'infiltration ainsi que le conseillent les auteurs français ; mais dans les cas de large infiltration tégumentaire par l'inflammation, il vaut mieux ne pas attendre.

WATSON-WILLIAMS. — L'effet de l'anesthésie locale est annulé par les tissus enflammés ; quand il opère sur la mastoïdite en anesthésie locale, il n'utilise pas de maillet.

Depuis quand le diabète existait-il dans ce cas ? L'auteur a vu des glycosuries transitoires en rapport avec des suppurations chroniques des sinusites.

TWEEDIE a pu pratiquer l'opération sur la mastoïdite sous anesthésie locale, c'est à dire injection sous-périostée dans la paroi postérieure du méat, anesthésiant ainsi la surface mastoïdienne et l'oreille moyenne. Mais le procédé ne semble pas donner des résultats très satisfaisants et être toujours accepté par le malade.

T.-B. JOBSON. — **Mastoïdite, abcès périsinusale, méningite pneumococcique, guérison.**

Opération chez un malade de 31 ans présentant les signes d'une mastoïdite droite avec propagation vers la boîte crânienne. On trouve un abcès extradural au-dessus et en arrière de l'antre ; la ponction lombaire donna un liquide légèrement trouble, une polynucléose, et sur culture du pneumocoque. Amélioration au traitement à l'auto-vaccin et au sérum pneumococcique : mais comme l'état s'aggrave subitement, on fit une seconde intervention, et l'on découvrit un abcès péri-sinusal, le trombus du sinus avait l'air sain. Pas de drainage des méninges, la guérison était obtenue en un mois. Le cas fait penser à l'opinion de Mygind ; si l'on n'arrête pas l'évolution de la méningite par la suppression du foyer infectieux primitif, rien ne peut l'arrêter.

E.-D DAVIS. — Il s'agit là d'une méningite localisée. Les cas favorables de méningite sont précisément ceux qui relèvent d'une infection sinusale ; dans ces cas le drainage n'est pas nécessaire. Si l'on



ouvre la dure-mère, il faut le faire sur le sinus ou en arrière de lui. Bien différents sont les cas dans lesquels l'infection se fait par le labyrinthe et le canal auditif interne. Il semble difficile de dire si un caillot est infecté ou non ; pour la même raison, il semble dangereux de le laisser en place après avoir ouvert le sinus.

JENKINS. — Ce cas nous démontre une virulence microbienne atténuée en rapport avec une résistance élevée de la part du malade. Ces cas sont toutefois l'exception.

KERR HOVE demande si l'on n'a pas essayé la méthode du drainage des espaces sous-arachnoïdiens, méthode préconisée par Eagleton.

E.-D. DAVIS. — Pour lui il faut opposer aux méningites généralisées, méningites par propagation par l'oreille interne, forme toujours grave, et les méningites par propagation d'une infection sinuaires forme localisée et moins dangereuse.

TWEEDIE. — Quelles sont les particularités dans l'aspect du caillot qui ont déterminé le Dr Jobson à le laisser intact ?

JOBSON. — La seconde opération a été faite dans les vingt-quatre heures de l'ascension thermique ; la dure-mère était ferme, pas nécrotique ; le caillot ne montrait aucun signe de désagrégation. La présence de pneumocoques dans le liquide céphalo-rachidien parle contre l'existence d'un foyer localisé de méningite.

**JOBSON. — Mastoïdite avec abcès périsinusal bilatéral, et abcès cérébelleux gauche ; stérilisation de l'abcès par l'ionisation au sel de zinc.**

L'auteur relève dans ce cas les points intéressants suivants : la symétrie des lésions mastoïdiennes et sinuaires, l'extension de l'affection dans l'os temporal gauche sans aucune histoire d'écoulement d'oreille, la présence d'un signe de la fistule sans labyrinthite, le diagnostic de l'abcès cérébelleux basé sur le nystagmus violent, la céphalée occipitale térébrante et les vomissements. La déviation, l'adiadococinésie, l'ataxie disparurent après évacuation de l'abcès. L'ionisation de la cavité abcédée produisit un effet surprenant ; guérison rapide sans rechute.

**JENKINS. — Atteinte cérébelleuse sans manifestation clinique dans un cas de thrombose du sinus latéral. Guérison après ablation du sinus et de sa couverture dure-mérienne.**

Il s'agit d'un cas de mastoïdite chez un homme de 26 ans, qui ne présentait aucun signe de participation cérébelleuse. L'opération révéla une thrombose du sinus nécessitant la ligature de la jugulaire ; la nécrose de la paroi du sinus et de la dure-mère s'étendant sur une largeur d'une pièce de 2 shillings formait la base d'un abcès extra-dural à cheval sur la fosse moyenne et postérieure. La partie correspondante du cervelet, après résection de la dure-mère nécrosée, apparut infectée, ramollie et nécessita l'ablation de ce tissu jusqu'à grandeur d'une noix. Guérison après cinq semaines.

TWEEDIE ne pense pas que les réponses à certaines épreuves puissent être attribuées au cervelet seul. Il rappelle les travaux de

Barany sur les localisations cérébelleuses et demande au Dr Jobson des précisions sur le signe de la fistule avec application au cervelet.

E.-D.-N. DAVIS demande comment le Dr Jenkins a enlevé le sinus et s'il n'y a pas eu d'hémorragies. D'après Eagleton l'excision du sinus est très difficile.

SYDNEY SCOTT. — L'utilisation de l'électricité ne semble pas un moyen très sûr pour stériliser une cavité d'abcès surtout dans le cerveau. Quelle est l'opinion des autres membres ?

KERR LOVE donne quelques statistiques sur le traitement des otites purulentes par l'ionisation. Il a l'impression que les résultats à l'ionisation sont médiocres.

FRIELS défend le traitement à l'ionisation. Il a observé nombre d'enfants dont l'otorrhée a guéri uniquement par ce procédé. Il estime que 50 % des otorrhées chroniques chez les enfants peuvent être guéris directement par l'ionisation et 25 % ou plus après intervention sur les végétations amygdales, polypes du nez, etc. Les autres 25 % sont des formes à évolution mastoïdienne exigeant une intervention.

JENKINS. — Le traitement d'un abcès du cerveau par l'ionisation n'est pas sans danger ; beaucoup de cas guérissent sans ionisation : on peut utiliser d'autres procédés sans faire courir les risques de ce traitement électrique au malade.

JONSON. — À proprement parler, il n'y a pas eu stérilisation de la cavité de l'abcès, mais l'auteur attribue l'amélioration sensible et rapide à l'ionisation. Il a depuis ionisé un abcès temporal de la grandeur d'un œuf de poule d'origine colibacillaire, en employant un courant plus fort que dans le premier cas ; il en résulte une diminution rapide de l'écoulement purulent ; en ce qui concerne l'ionisation dans les otites, beaucoup dépend de la technique. Le tout est de créer une cavité accessible à l'ionisation dans tous ses recoins. La caisse doit être nettoyée minutieusement. Les mauvais résultats sont dus à des défauts de technique. L'auteur a traité par l'ionisation en 1922 cinquante malades qui avaient été pendant des mois, et même quelques uns pendant des années, entre les mains de confrères. Il a obtenu dans 8 % un assèchement rapide.

A. R. TWEEDIE. — **Démonstration d'un appareil imitant les mouvements des otolithes, basé sur les recherches de Magness et de Kleyn.**

F. MUECKE : **Séquestre comprenant l'os pétreux entier.**

Evidement pétro-mastoïdien pour otorrhée survenue après traumatisme (éclatement d'obus) et compliquée d'une paralysie faciale récente. A l'opération on enleva un séquestre volumineux d'environ 2 centimètres d'épaisseur mettant à nu la carotide interne.

QUIRIN.

## SOCIÉTÉ ÉCOSSAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

XVIII<sup>e</sup> CONGRÈS, GLASGOW.

15 Décembre 1923.

J. M. LEITCH. — Un cas d'otite moyenne aiguë bilatérale associée d'un gros abcès du lobe frontal droit.

(Voir *Analyses*).

## DISCUSSION

DONALD WATSON a observé un cas analogue chez un enfant ; mais n'étant pas convaincu des rapports entre l'otite et l'abcès frontal, il fit l'autopsie minutieuse du crâne et trouva une infection du sinus frontal propagée en lobe frontal.

LOGAN TURNER, déplore le manque de renseignements nécropsiques dans ce cas ; on doit attacher plus d'importance à la chute sur le front qu'à l'otorrhée existante.

CECIL ROBERTSON ; donne quelques renseignements bactériologiques sur ce cas ; il s'agissait de pneumocoques du type IV, d'une virulence atténuée ; il y a certainement eu un rapport avec la chute.

Dr LEITCH. — Il n'y a pas lieu d'accuser les sinus ; à cet endroit la dure-mère s'enleva très bien et l'os ne montrait aucune altération. L'examen nasal répété n'avait d'ailleurs montré aucune suppuration sinusaire ou autre.

QUIRIN.

# RÉUNION CLINIQUE DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 12 mars 1924.

M. A. MOULONGUET. — Présentation d'instruments (modification de la pipe de Delbet).

La pipe de Delbet est un excellent instrument permettant l'anesthésie à distance dans les opérations sur la face et empêchant la pénétration de sang dans les voies aériennes ; elle a déjà subi d'intéressantes modifications de la part du professeur Sébilleau ; mais elle présente un inconvénient pour les opérations portant sur la lèvre supérieure et sur les fosses nasales, c'est la longueur de la partie horizontale de la pipe qui sort de la bouche et qui, proéminent dans le champ opératoire, gêne l'opérateur.

Le modèle que je présente, fabriqué par la maison Luer, permet grâce à un système de vissage le télescopage plus ou moins complet du segment horizontal de la pipe de façon qu'il ne dépasse pas les arcades dentaires et ne saille plus dans le champ opératoire.

**M. A. MOULONGUET. — Présentation d'un malade atteint de pachydermie laryngée.**

Le malade que je présente est un homme de 44 ans, d'apparence vigoureuse, exerçant la profession de gardien de la paix, venu me consulter pour raucité de la voix et picotements désagréables de la région laryngée.

Ces symptômes remontent à un mois.

L'interrogatoire révèle que tous les ans depuis de longues années il est enrhumé pendant une partie de l'hiver, la voix s'éclaircissant pendant l'été.

L'examen laryngoscopique montre une région intérythénoïdienne légèrement épaissie et irrégulière, des cordes vocales granuleuses et rouges dans leur deux tiers antérieurs et surtout une lésion tout à fait caractéristique du tiers postérieur des cordes vocales, lésion que Garel considère comme pathognomonique de la pachydermie laryngée et décrit sous le nom de chordite hypertrophique postérieure. Au niveau des apophyses vocales, symétriquement disposées l'une en face de l'autre, on aperçoit deux masses charnues, rosées, d'aspect mollassé. La masse de la corde vocale gauche est hémisphérique, la masse de la corde vocale droite est au contraire cupuliforme, de sorte que pendant les mouvements d'adduction la masse droite s'invagine dans la masse gauche réalisant assez bien un dispositif que l'on peut comparer à celui d'un embrayage d'automobile dont le cône mâle s'enfonce dans le cône-femelle.

Le fond de la cupule, la corde vocale droite est plus blanchâtre que le bourrelet qui l'entoure et pourrait à première vue simuler une ulcération, il n'en est rien comme le montre le miroir de Brünings ; ils'agit d'une transformation épidermoïde de la muqueuse laryngée.

L'étiologie de cette pachydermie laryngée paraît être le malmenage vocal, ce malade ayant chanté beaucoup, à tort et à travers.

Je compte dans ce cas pratiquer un rapage des parties hypertrophiées selon la méthode de Garel, mais je serais heureux d'avoir sur ce point l'avis des membres de la société.

**DISCUSSION**

M. PIERRE SÉBILEAU se déclare partisan de faire une biopsie.

M. Halphen approuve complètement le diagnostic de pachydermie laryngée posé par Moulonguet. Mais il n'est pas d'accord avec lui sur la thérapeutique.

Le fraisage et la rape lui paraissent aveugles, traumatisants, créateurs de synéchies, de portes d'entrée pour infection ou dégénérescences secondaires tardives.

Si la galvano-cautérisation n'est pas, non plus, à son avis, la méthode de choix pour faire disparaître cette pachydermie, par contre il donnerait la préférence au morcellement par les différentes pinces laryngées à emporte-pièce. La tranche de section faite sous le contrôle de la vue est nette ; aucune complication broncho-pulmonaire n'est à craindre et l'on peut retirer ainsi les fragments de tumeurs dont on peut faire profiter l'anatomo-pathologiste.



MOULONGUET. — Il croit que conformément à l'opinion de Garel il faut réserver ce terme de pachydermie laryngée à une forme spéciale de laryngite chronique ; éliminant formellement de ce cadre la syphilis, la tuberculose et le cancer ; il s'agit d'une transformation dermopapillaire du chorion muqueux sous l'influence d'irritation successives.

Il accepte très volontiers la suggestion du professeur Sébilleau et fera une biopsie à ce malade.

Quant au traitement par les cautérisations ignées, il paraît dangereux, au point de vue fonctionnel, quand il faut intervenir sur une corde vocale ; la zone d'escarrification peut être plus étendue qu'on ne le désire et entraîner des troubles de la voix.

**HENRI BOURGOIS ET GASTON POYET. — Contribution au traitement des symphyses vélo-pharyngées par la diathermo-coagulation.**

Les auteurs présentent quatre malades. Deux sont guéris depuis plus de huit mois. Les deux autres sont en cours de traitement.

La technique employée est la suivante :

Habituellement la symphyse n'est pas totale ; il persiste au moins un pertuis entre le cavum et le pharynx. C'est à son niveau qu'on applique les électrodes qui vont libérer le voile ; elles sont constituées par une lame métallique coudée, enchassée dans une gaine isolante.

L'intensité électrique employée est de 400<sup>ma</sup> en moyenne. Trois applications de 3 à 5" chacune environ sont pratiquées dans une même séance ; on ne traite qu'un côté à la fois. La séance suivante, pratiquée huit à dix jours après, portera sur l'autre côté. Il est bon d'attendre au moins vingt jours avant de revenir au premier côté traité.

En général un total de quatre à six séances permet de rétablir une bonne perméabilité.

Celle-ci obtenue les auteurs pratiquent de la dilatation ou plus exactement du *calibrage*.

Ils emploient des olives coudées. Les modèles mesurant respectivement 3 et 4 centimètres de diamètre sont suffisants.

Le *calibrage* est commencé quatre à cinq semaines après la dernière séance. Il consiste en la mise en place de l'olive derrière le voile où elle sera maintenue pendant une à deux minutes. La manœuvre est répétée deux fois par semaine au début, puis les séances s'espacent pour être cessées au bout de six mois environ.

Il y a intérêt lors de la mise en place de l'olive à ne pas faire saigner. Dans ce cas on aurait recours à une olive plus petite sans cependant descendre au-dessous de l'olive de 3 centimètres de diamètre.

Si ce numéro n'était pas admis librement, il y aurait intérêt à libérer davantage le voile et à pratiquer ultérieurement des séances de calibrage plus rapprochées.

Inutile lorsqu'il s'agit de sténoses nasales, le calibrage paraît indispensable dans les symphyses vélo-pharyngées. L'escarre nasale en effet repose sur une muqueuse immobile ; elle reste en place jusqu'à ce que l'épidermisation des surfaces sous-jacentes soit un fait accompli.

Aussi lorsqu'elle s'élimine, une nouvelle soudure n'est-elle plus à craindre. Au niveau du voile, au contraire, l'escarre est sans cesse soumise à de petits traumatismes : mouvements du voile, mouvements de déglutition, passage des aliments, etc... aussi elle s'élimine plus tôt, alors que l'épidermisation des surfaces divisée est encore inachevée ; celles-ci bourgeonnent et les bourgeons au contact tendent à se souder à nouveau.

Cependant cette tendance à la sténose de la cicatrice diathermique est si faible et sa souplesse si grande que le calibrage permet d'éviter une coaptation nouvelle.

L'obligation de calibre, nuit peut-être à l'élégance de la méthode, mais elle ne constitue pas un obstacle sérieux. Le calibrage en effet est bien toléré, peu absorbant, facile à pratiquer même en dehors de notre contrôle par le médecin de la famille, l'entourage ou par le malade lui-même.

#### MM. SÉBILEAU et TRUFFERT. — Présentation de pièces anatomiques.

M. Sébileau a pensé qu'il serait intéressant de vous présenter ces pièces préparées dans son laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie.

La première pièce présentée, réalise une mastoïdo-autrotomie, opération classique et complète. La trépanation en effet ne dépasse pas en avant les limites de l'antre ainsi qu'en témoigne l'articulation de la courte apophyse de l'enclume sur le seuil de l'aditus non entièrement dégagé.

La deuxième préparation est une atticotomie transmoïdienne de Heath, exécutée suivant la technique exposée dans la thèse de Sourdille. Ici le cadre osseux tympanal est conservé.

La troisième préparation représente l'évidement partiel de Bondy et Sourdille avec résection du pôle supérieur du cadre tympanal.

La quatrième enfin que nous tenons à vous présenter également montre un des incidents qui peuvent survenir au cours de la réalisation de cet évidement partiel : la luxation malléo-incudienne. Si on l'évite le plus souvent en attaquant le cadre tympanal en avant du marteau, il existe souvent un ligament externe de l'enclume qui unit le corps de celle-ci au mur de la logette. Ce ligament, pas assez puissant pour arracher l'enclume hors de la cavité tympanique, est suffisant pour disjoindre l'articulation malléo-incudienne.

On remarquera que sur toutes ces pièces le plafond de l'attique a été ouvert sans qu'on puisse parler de procidence de la dure-mère.

C'est qu'en effet, si on veut, suivant la technique de Sourdille, attaquer le cadre tympanal en avant, il faut ouvrir le recessus antérieur de l'attique qui n'est qu'une fine rainure entre le repli muqueux du marteau et le tegmen.

Quant à l'opération dite de Barany, elle diffère de l'opération de Heath par l'instrumentation. Barany en effet, après avoir ouvert l'antre à la gouge gruge la paroi externe de l'antre et de l'attique à l'aide d'une curette spéciale très résistante. L'originalité de cette opération consiste en ce qu'elle n'est suivie d'aucune plastique.

Nous avons vu M. Barany exécuter sur deux sujets son opération et

sur les deux la dure-mère avait été découverte en avant, ce qui, paraît-il, est exceptionnel *in vivo*.

M. PIERRE SÉBILEAU. — Adhérences vélo-pharyngées.

Il nous arrive ici, très fréquemment, dans le service de Lariboisière, d'observer chez des adultes des adhérences du bord postérieur et de la face supérieure du voile du palais à la paroi du pharynx, adhérences que les malades ou les parents de ceux-ci attribuent à une opération d'extirpation des amygdales ou ablation des végétations adénoïdes.

Ces adhérences sont en tous points semblables aux adhérences que donnent les lésions nécrotiques et cicatricielles de la syphilis tertiaire.

Le premier, je crois, j'ai émis l'opinion que beaucoup de ces synéchies vélo-pharyngées, attribuées à un acte opératoire, devaient être mises sur le compte d'une syphilis tertiaire ignorée, ou, pour le moins, qu'elles étaient favorisées par l'existence de celle-ci. Mon interne Rouget, aujourd'hui devenu notre collègue, et mon interne, M<sup>lle</sup> Bouteil, ont écrit, chacun, un travail sur ce sujet.

L'expérience, en effet, nous a démontré que le Wassermann était positif chez la presque totalité des sujets porteurs de ces lésions cicatricielles. La chose est, on le conçoit, très importante.

Il ne paraît cependant pas impossible que le seul traumatisme opératoire puisse réaliser de pareils accidents. J'en ai vu un exemple l'an dernier chez un jeune malade qui m'a été conduit par un de mes anciens élèves, lequel est un otologiste distingué de notre capitale. Lui-même avait assisté à la série des accidents qui se sont déroulés après l'opération. Il a vu le sphacèle gagner progressivement toute l'étendue du champ opératoire qu'avait réalisé son opération (ablation des amygdales) et, de là, s'étendre dans les régions voisines, sur la paroi du pharynx, en particulier. Il avait, d'ailleurs, fait une opération combinée d'exérèse d'amygdales palatines et d'amygdale pharyngée. Dans ce cas, il avait lui-même recherché avec soin la syphilis, tant sur l'enfant que sur les parents, et n'en avait trouvé aucune trace.

Il ressort, en tous cas, très clairement de l'observation précise qu'il a pu prendre, que les synéchies provenaient, non pas de la cicatrisation de la plaie opératoire elle-même, mais de la cicatrisation des plaques de gangrène développées sur cette plaie opératoire elle-même et autour d'elle.

Le cas se rapproche ainsi, du moins comme mécanisme, de ceux où il faut attribuer conjointement les synéchies à l'opération et à la syphilis.

Ces synéchies, qui arrivent à établir quelquefois une cloison absolument complète et continue entre le haut et le moyen pharynx, sont la plupart du temps percées, près de la ligne médiane, d'un orifice qui, suivant les cas, présente le diamètre d'un cure-dents, d'un crayon, d'un gros porte-plume.

Au point de vue anatomique, elles forment deux variétés qu'il importe de bien connaître. Dans la première, existe une simple adhérence linéaire entre le bord postérieur du voile du palais et la paroi du pharynx. Dans la seconde, il s'agit d'une large adhérence entre la

face supérieure du voile du palais et la paroi antérieure du pharynx. Pour la première variété, l'intervention chirurgicale réalise le plus ordinairement une notable amélioration, à condition qu'on maintienne pendant quelques jours la séparation entre les deux surfaces cruentes. Pour la seconde variété, au contraire, il faut s'étendre à un échec constant. D'ailleurs, l'opération n'arrive jamais à libérer complètement les organes.

Au point de vue de la responsabilité chirurgicale, l'histoire de ces synéchies post-opératoires, vélo-palatines, est extrêmement intéressante.

---

## SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du 5 novembre 1923.*

### HOLINGER. — **Mastoïde de Bezold.**

Présentation du malade guéri. Ses cicatrices étendues donnent à peine une idée du volume de cet abcès qui occupe presque la moitié gauche du cou. C'est le quatrième malade que Holinger voit dans ces conditions. Tous ont été suivis plusieurs semaines ailleurs sans que la relation avec l'otite ait été soupçonnée. Néanmoins tous les quatre ont guéri rapidement.

Le pus ne s'arrête pas toujours dans le cou et peut descendre rapidement dans le médiastin antérieur ou postérieur. Holinger a vu, il y a quelques années, une femme mourir d'une médiastinite aiguë postérieure, quarante heures après les premiers symptômes d'otite aiguë.

### E. MC. GINNIS. — **Corps étrangers des bronches.**

Trois cas chez des enfants âgés respectivement de 4, 3 et 2 ans. Il s'agissait de deux épingles, dont une à tête de verre et d'une agrafe-papier ; les deux premières dans la bronche droite, la dernière à la partie supérieure de la trachée. Ablation sans difficulté, sauf pour le 2<sup>e</sup> cas où l'épingle commença par tomber dans la bronche gauche. Guérison.

### R. SONNENSCHIEIN. — **Les épreuves fonctionnelles d'audition.**

TATUM. — **Les modifications vaso-motrices réflexes au niveau de la muqueuse nasale.**

L'auteur a recherché ces modifications chez des chiens et des lapins, au moyen de la méthode plethysmographique de Tchalussow (1913). Il a ainsi observé une vaso-constriction pendant ou après l'asphyxie partielle obtenue en obstruant la trachée ou en faisant respirer l'air chargé de CO<sup>2</sup>. La vaso-dilatation fut observée au cours de la respiration artificielle suffisante pour déterminer une légère diminution du CO<sup>2</sup> du sang. La section du sympathique cervical supprime le premier effet, mais ne paraît pas modifier le deuxième.



On peut obtenir subjectivement les mêmes effets : en retenant sa respiration, on se rend compte ensuite que la résistance au passage de l'air dans le nez est diminuée ; au contraire les inspirations fréquentes et forcées l'augmentent. Par des artifices expérimentaux, on arrive à contrôler objectivement ces sensations subjectives, conformément aux données ci-dessus.

## SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE RHINOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 24 février 1921.*

### GORIS, père. — Deux cas d'hémilaryngectomie.

Ces cas sont intéressants parce qu'ils démontrent combien rapidement, par l'utilisation de la technique de Gluck, ces opérés ont pu se passer de la sonde alimentaire. L'un d'eux est également intéressant parce qu'il a subi, une quinzaine de jours après l'opération, une pharyngectomie antérieure : ablation du repli aryépiglottique gauche de la moitié de l'épiglotte, par la méthode de la résection sous-périostée de l'os hyoïde, qui offre le grand avantage de permettre l'extirpation des tissus néoplasiques au grand jour, la suture des tissus sectionnés et la fermeture de la brèche opératoire, sans empêcher en aucune façon l'alimentation par les voies naturelles. La technique de cette méthode a été exposée en détail à la Société, le 27 janvier 1921.

### CARLOS GORIS, fils. — Un cas de fracture du crâne.

Petit malade âgé de 12 ans qui, en se penchant au-dessus d'un escalier, est tombé de 5 m. 50 sur du marbre. Il a perdu connaissance pendant cinq minutes, puis est retourné à pied chez lui. Il est resté couché quelques jours, a présenté comme tout symptôme quelques vomissements. Huit jours après l'accident, il est atteint d'une crise d'épilepsie jacksonienne dans toute l'hémiface gauche et de paralysie complète du bras et de la jambe gauche.

Ces symptômes nécessitent une trépanation immédiate de la région pariétale droite. Un fragment osseux important comprime le cerveau ; il est enlevé et les bords sont régularisés. Rétablissement *ad integrum* immédiat. La radiographie montre une fêlure s'étendant de la partie tout à fait postérieure de l'occiput jusqu'à l'arcade sourcilière.

Le cas est intéressant par suite de l'étendue de la fracture, qui n'a donné que très peu de symptômes au début. Du côté du nerf acoustique, aucune lésion. L'examen labyrinthique donne une inexcitabilité complète à l'eau froide (16° pendant 3 minutes) et normale à la chaise tournante (phase de compensation absolue de Weil).

### FERNANDÈS. — Lupus des muqueuses pharyngée et palatine.

Malade atteinte, depuis trois ans, du lupus des muqueuses pharyngée et palatine, en traitement depuis un an par le bouillon filtré de

Denys, et notablement améliorée. Ces lésions étaient primitives. Elles ont disparu sur le pharynx et le voile du palais et persistent encore sur le palais. M. Fernandès attire l'attention sur l'état d'allergie que continue à présenter cette malade en présence du vaccin.

**VERNIEUWE. — L'insuline trouve-t-elle son application en chirurgie oto-rhino-laryngologique ?**

Les indications à l'emploi de l'insuline ne peuvent manquer d'intéresser les chirurgiens oto-rhino-laryngologistes ; les suppurations ne sont pas rares chez les diabétiques dans le domaine de leur spécialité : mastoïdes, phlegmons périamygdaliens, etc. L'auteur relate deux observations de parotidite suppurée chez des diabétiques auxquels il injecta de l'insuline avant d'opérer. Il croit la glande parotidienne un terrain spécialement propice à l'étude de la valeur de l'insuline, à cause même de la tendance que la parotide montre, habituellement déjà, à la nécrose tissulaire et à l'envahissement de ses différentes loges par le pus. Des conclusions sur les indications précises de l'insuline n'auront de valeur que quand nous serons en possession d'une large littérature d'observations complètes.

**GORIS père et fils et DUJARDIN. — Quelques cas de tumeurs des cavités de la tête traités par le radium.**

Les auteurs tiennent à documenter l'assemblée sur sept cas de tumeurs, présentés il y a un an, et qui semblaient guéris depuis un laps de temps variant entre trois et dix mois.

Trois étaient des sarcomes. Un lymphosarcome ulcéré du pharynx a récidivé dans le cavum. La radiothérapie n'amena qu'une amélioration légère ; mais deux tubes de radium placés dans le cavum firent disparaître les symptômes. Un sarcome du cavum, chez un enfant, n'a pas récidivé localement, mais a donné des adénites cervicales que la radiothérapie a vaincues. Un sarcome à myéloplastides de la fosse nasale reste guéri depuis dix-sept mois.

Restent les tumeurs épithéliales.

Une tumeur de la glande sous-maxillaire extirpée, suivie d'adénopathies cervicales ayant nécessité l'évidement du cou, et de deux tumeurs linguales traitées par la radiumpuncture. Le malade reste guéri. Un épithélioma baso-cellulaire du plancher buccal, de la langue, du maxillaire inférieur, avec ganglions sous-maxillaires. Après évidement, il y eut récidive au niveau de la parotide et radiumpuncture. Le malade reste guéri.

Un vieillard de 70 ans a succombé à une myocardite. Ce dernier cas était un épithélioma spino-cellulaire du voile qui fut aiguillé et parut guéri. Dix mois après, récidive sur le pilier postérieur de l'amygdale avec adénopathie cervicale. Malgré l'aiguillage et la radiothérapie, le malade succomba.

Depuis lors, 13 nouveaux cas ont été traités : 1. Gros épithélioma baso-cellulaire de l'amygdale. Echec probable ; 2. Epithélioma étendu de base linguale et pharynx. Echec ; 3. Epithélioma du cavum avec adénopathies. Récidive. Encore en traitement ; 4. Epithélioma du cavum et adénites cervicales. Récidive ; 5. Epithélioma baso-cellulaire

de l'hypopharynx. Evidement. Récidive et guérison ; 6. Vaste épithélioma spino-cellulaire de la langue sur leucoplasies, avec adénites. Amélioration, puis mort après troubles cérébraux mal définis ; 7. Epithélioma du maxillaire supérieur. Récidive et mort ; 8. Lymphocytome du cavum. Guérison par tubes ; 9. Lymphocytome des fosses nasales. Guérison par aiguillage ; 10. Epithélioma du maxillaire supérieur. Non traité ; 11. Thyroïde ligueuse. Guérison par aiguillage ; 12. Cancer de l'œsophage. Application du radium. Mort par hémorragie ; 13. Epithélioma du larynx. Aiguillé sans succès et opéré il y a quelques jours.

M. SLUYS est heureux de voir que M. Goris affirme que, dans l'état actuel, ce n'est que des efforts combinés des spécialistes, chirurgiens et radiothérapeutes, qu'on peut attendre des résultats et des progrès dans la thérapeutique contre le cancer.

Si dans une de ces « symbioses » le radiothérapeute domine, les méthodes chirurgicales en souffrent ou sont négligées ; au contraire, si le chirurgien domine, l'opposé se produit et le curiethérapeute n'entre en scène que lorsque peu d'espoir subsiste, lorsque la chirurgie a épuisé ses ressources.

La publication des résultats doit se ressentir de cette unité : Les doses de radium exprimées en unités connues, le nombre de foyers, la charge de chacun d'eux, la distance qui les sépare, la filtration primaire et secondaire, l'étalement dans le temps, doivent faire l'objet de précision aussi grande que la description chirurgicale du temps opératoire et la minutieuse description anatomo-pathologique de la tumeur.

La précision dans l'indication des techniques radiothérapiques et curiethérapiques est indispensable, car nous sommes en pleine évolution, et l'expérience de tous n'est pas de trop pour porter un peu de lumière et pour progresser au milieu de difficultés sans nombre.

Cette évolution des méthodes est très rapide. Prenons un exemple : la fenestration des cartilages laryngés pour introduction d'aiguilles radifères par voie externe, selon une technique décrite par Ledoux, présente des avantages et des inconvénients. Un de ceux-ci est la chondro-radio-nécrose ; la dose thérapeutique minimum nécessaire est assez élevée dans le cas d'épithéliomas spino-cellulaires qui sont les plus fréquents. Cette dose donne une vive réaction des tissus voisins et diminue, pour un temps, leurs défenses locales ; la réaction du radium fait le lit à l'infection secondaire. Nous essayons actuellement d'éviter à nos malades ces inconvénients sérieux en expérimentant les applications par appareils moulés.

Un autre exemple : La radiothérapie profonde a été essayée, surtout en Allemagne et en Autriche, dans les cas d'épithélioma intrinsèque du larynx ; les résultats immédiats sont assez bons, la tumeur fond et disparaît ; on doit cependant recourir parfois à la trachéotomie d'urgence, à cause de l'œdème postradiothérapique (réaction précocoe), qui n'est, heureusement pas une réaction constante ; à côté de ces dangers, il y a celui de la production d'une sclérose intense pouvant sténoser complètement le larynx et nécessiter la trachéotomie. Sur cette sclérose se développe une ulcération qui pourrait en imposer à première vue pour une récidive ; c'est en réalité un ulcère

chronique de Röntgen, très grave, n'ayant aucune tendance à la guérison.

Ces surdosages sont presque fatals, car la crainte du radiothérapeute est de rester en dessous la dose thérapeutique, ce qui est un danger beaucoup plus grand, comme chacun le sait.

De nouvelles méthodes sont à l'étude qui permettront des mesures précises, faites sur des « phantom » de paraffine immergés dans l'eau.

La localisation du cancer dans les voies aéro-digestives supérieures est, certes, la plus redoutable de toutes ; en plus, la malignité des formes rencontrées en oto-rhino-laryngologie est généralement très accentuée.

Les méthodes radiochirurgicales, qui donnent en gynécologie et en dermatologie des résultats très brillants, sont d'une application très difficile au point de vue technique (chirurgicale et radiothérapique) en oto-rhino-laryngologie. C'est pourquoi il faut insister encore sur les précisions qu'il faut apporter dans la publication des cas : précisions cliniques, précisions anatomo-pathologiques, précisions opératoires, précisions dans les données physiques sur lesquelles se basent la curiethérapie et la radiothérapie.

M. GORIS. — La « symbiose » du chirurgien et du radiologiste n'est pas une question de science, mais une question de sentiment ; c'est celui-ci qui réalise l'accord. M. Goris n'a vu aucun résultat favorable, pour la disparition des adénopathies, par la radiothérapie. Il souhaite beaucoup que la méthode du moule donne les résultats qu'en attend M. Sluys. Mais cela, c'est l'avenir.

M. SLUYS est d'accord pour reconnaître l'inégalité des succès de la radiothérapie profonde au-dessus de 150.000 volts, (rayonnement filtré sur 0 mm. 5 de cuivre au minimum) appliquée sur les ganglions du cou envahis par le processus cancéreux. La radiothérapie superficielle et la demi-profonde (en dessous de 150.000 volts) ne donnent que des déboires ou des coups de fouet. Il enlève systématiquement les ganglions dans tous ces cas et cherche à bloquer les voies lymphatiques. Cette ablation est suivie d'applications de radium en appareils moulés ou de radiothérapie profonde (200.000 volts, filtrage minimum 0 mm. 5 de cuivre, distance 40 cm., 4.000 R. par porte d'entrée), surtout si les ganglions se sont montrés positifs au point de vue cancer, ce qui n'est pas toujours le cas ; dans un troisième temps, après une période de repos nécessaire au malade, il irradie la tumeur elle-même et les endroits suspects, au moyen d'aiguilles introduites après chondropénétration.

VAN CANEGHEM. — **L'ouverture systématique de la fosse supratonsillaire au cours de l'amygdalotomie.**

Le pôle supérieur amygdalien et le sinus supratonsillaire constituent les segments de l'appareil amygdalien les plus importants au point de vue des infections. La tonsillotomie, quoique inférieure à la tonsillectomie, quand il s'agit de guérir des états infectieux locaux ou généraux, conserve ses indications là où l'opération ne peut pas se faire sous anesthésie locale, parce qu'elle constitue alors une intervention beaucoup moins grave. Elle n'est suffisante, néanmoins, que



lorsqu'elle enlève le pôle supérieur amygdalien et qu'elle fait disparaître la fosse supratonsillaire. L'amygdalotomie simple ne réalise pas, en général, ces *desiderata*. D'un autre côté le diagnostic du développement intravélisque de l'amygdale est pratiquement irréalisable chez l'enfant. C'est pourquoi il vaut mieux ouvrir systématiquement la fosse supratonsillaire dans toute tonsillotomie, ce qui se réalise facilement avec une paire de ciseaux un peu longs et modérément pointus ou au moyen de ciseaux courbes : sur une incision verticale ouvrant l'ogive des muscles palatins, deux petites incisions en V renversé détachent l'amygdale des piliers antérieur et postérieur. Le pôle supérieur est énucléé au moyen du tonsillotome ou au moyen de la pince coupante employée, et le reste de la tonsillotomie s'achève comme à l'ordinaire. L'ouverture de la fosse supratonsillaire est très simple, allonge très peu l'intervention, ne la rend guère plus sanglante, ne complique pas les suites opératoires, et rend l'intervention plus complète et plus efficace.

**Van CANEGHEM. — Gangrène primitive du pharynx.**

La gangrène primitive du pharynx, dans sa forme grave, peut se déclarer dans un organisme cliniquement tout à fait sain, et sans lésions anatomiques préexistantes décelables. Il faut admettre provisoirement que son développement tient à des dispositions humérales spéciales qui font que l'organisme infecté ne se défend pas du tout contre l'organisme anaérobie envahisseur. La gangrène primitive observée ne correspond pas à une forme maligne d'angine de Vincent, de sorte que le traitement arsenical, tel qu'on l'applique contre les affections spirillaires, est inefficace. A l'avenir, il faut recourir d'emblée à la sérothérapie antigangréneuse ou à un traitement chimiothérapique nouveau.

**MARBAIX. — Faut-il, comme Sargnon, renoncer au pharyngolaryngectomies pour cancer au profit du radium et des rayons X ?**

Les comptes rendus de la Société belge montrent que six ou sept membres seulement, sur une centaine, ont réellement l'expérience de cette chirurgie. De 1904 à 1923, trois cas seulement de cancers intralaryngés, traités par laryngectomie, ont été présentés comme définitivement guéris. Les divergences actuelles entre la chirurgie et les radio ou radiumthérapeutes empêchent d'avoir une ligne de conduite nette. Les agents physiques employés en 1922, dans cinq cas de cancers du larynx et du pharynx, ne l'ont pas satisfait. Il espère que la découverte de la cause du cancer orientera le traitement dans une autre voie.

**Van den WILDENBERG. — Epithélioma baso-cellulaire intra-trachéal. Extirpation par voie endotrachéale.**

La littérature ne renseigne qu'une tumeur semblable, celle du professeur Meyenburg, de Lausanne. L'apparition chez de jeunes sujets (il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans) est une éventualité

très exceptionnelle. La tumeur, qui avait le volume d'une petite noix, siégeait au niveau de la paroi postérieure du troisième anneau trachéal. Elle put être extirpée par la trachéo-laryngoscopie directe et la malade a guéri. L'auteur décrit la technique de l'extirpation de la trachée pour les tumeurs endotrachéales malignes, s'étendant loin dans la trachée thoracique. Suit une description anatomo-pathologique très détaillée du professeur Dustin, avec quatre belles planches.

**Van den WILDENBERG. — Applications de la trachéo-laryngoscopie directe. Laryngoscopie directe chez les nourrissons.**

C'est la seule méthode directe d'examen possible du larynx à cet âge et avec un tube-spatule à lumière distale. L'auteur a pu montrer un bébé de trois semaines, atteint de cornage congénital. On pouvait voir l'épiglotte plissée, les replis ary-épiglottiques flottants. Il a pu examiner de même un bébé de six mois, atteint d'aphonie congénitale et d'un léger cornage. Il s'agissait d'une palmure ou membrane congénitale soudant la moitié antérieure des cordes vocales. Le traitement des papillomes rebelles du larynx, chez les jeunes enfants, a beaucoup bénéficié de la laryngoscopie en suspension. L'auteur a traité par cette méthode, ces trois dernières années, sept enfants atteints de cette affection : quatre cas ont guéri après de multiples séances d'ablation par les voies naturelles. Un enfant est perdu de vue. Les deux autres présentent des repupulations opiniâtres.

**Van den WILDENBERG. — Mégacœsophage.**

L'auteur a diagnostiqué, depuis quelques années, six cas de mégacœsophage. Quelquefois, les symptômes sont peu marqués ; d'autres fois se développent des symptômes dysphagiques graves. L'alimentation du malade devient un problème. Il a soigné trois malades par la dilatation multibougiraire du cardia avec un succès éclatant. Une quatrième malade, de 63 ans, arrivée à la période d' inanition, n'a pu subir cette dilatation et a succombé. L'auteur montre la radiographie et la pièce d'autopsie. Enfin, il a vu deux malades, qui ne se sont pas encore laissés traiter. Le premier était gastrostomisé depuis quatre ans ; le second, depuis un an pour un soi-disant cancer de l'œsophage. Cette erreur aurait pu être évitée si l'on avait pris soin de faire œsophagoscoper le malade. (Des radiographies avaient été prises.)

**LE MÉE (Paris). — Diagnostic et fréquence de l'otite latente chez le nourrisson et chez l'enfant.**

L'otite latente est une collection purulente de la caisse qui ne se manifeste par aucun des symptômes habituels de l'otite moyenne classique, et dont seuls les signes physiques permettent le diagnostic. Dans un premier stade, la membrane a un aspect terne et dépoli, sa couleur est blanc mat ou gris sale et le triangle lumineux est effacé. La voussure n'est pas un signe constant : quand elle existe, le diagnostic est encore plus certain, mais quand elle manque, il ne faut pas s'arrêter à ce détail.

Dans un deuxième stade, le tympan prend une teinte plutôt brunnâtre et son aspect est gâufre ; on voit souvent sa surface hérissée

de points brillants, comme si elle était saupoudrée de grains métalliques qui scintillent aux rayons lumineux ; c'est la période d'abcès constitué.

Plus tard, l'otite latente non dépistée donne à la membrane une coloration jaune bouton d'or, détermine un notable épaissement et une diminution de la sensibilité au contact.

L'auteur persiste à croire, malgré les objections qui lui ont été adressées au Congrès international de 1922, que la ponction avec une aiguille de Pravaz constitue une manœuvre souvent difficile et dangereuse. A son avis, on doit s'abstenir de paracentéser en deux circonstances : quand le triangle lumineux est encore visible, quand il existe même avec une voussure très accentuée, une portion de membrane ayant sa coloration normale.

Si l'on considérait l'otite latente au cours des pyrexies comme étant un symptôme, et non une complication, on la rechercherait systématiquement, et pour le plus grand bien des malades. La dernière statistique trimestrielle faite à l'Hôpital des Enfants-Malades, a montré que, sur 183 enfants à poussées fébriles inexplicables par l'examen général, 58, soit environ un tiers, étaient porteurs d'une otite latente, dont le diagnostic a été confirmé cliniquement par la chute rapide de la température après la paracentèse, et bactériologiquement par la présence d'un pus contenant, par ordre de fréquence, du staphylocoque, du pneumocoque et du streptocoque.

#### Quix (Utrecht). — A propos de la fonction des otolithes.

Se borne à démontrer une *méthode pratique permettant de déceler les altérations de la fonction des otolithes*.

L'espace entre l'otolithe et la macule est rempli par une masse gélatino-élastique et les cils des cellules sensorielles, très courts, se terminent librement dans cette masse. Les cellules sensorielles seraient sensibles à la pression qui règne dans cette masse, et cette pression dépend de la pesanteur de l'otolithe. Dans le crâne vu de face, les *lapilli* otolithes des utricules sont dans le même plan et leur coupe frontale est une ligne horizontale ; les *sagittæ* otolithes des saccules sont situés, au contraire, dans des plans différents et leur coupe frontale donne deux lignes formant un angle aigu ouvert vers le bas. Dans le crâne vu de côté, un *lapillus* est courbe. Dans le crâne vu de haut, les *sagittæ* sont aussi courbes, et ils forment un angle aigu ouvert en avant.

L'auteur a imaginé une méthode mnémotechnique pour se représenter cette topographie des otolithes et il la reproduit au moyen de certaines positions des mains.

M. Quix démontre que, par leurs variations de pression dans les différentes positions de la tête, les *lapilli* actionnent les muscles des yeux, du corps et des membres dans le plan sagittal du corps.

Les *sagittæ*, au contraire, actionnent ces muscles dans le plan frontal.

Une altération dans la fonction d'un otolithe rompt le rapport normal qui existe entre le tonus des muscles influencés par cet otolithe et

la position de la tête dans l'espace. Cette altération de tonus est facilement démontrée par l'épreuve du signe de l'index.

Cette épreuve dans le sens horizontal signale les altérations dans le système des *lapilli*, tandis que dans le plan vertical, elle dépiste un trouble dans les *sagittæ*.

Les yeux fermés, un sujet normal touche immédiatement le doigt de l'examineur, quelle que soit la situation de sa tête, les centres équilibrant les différences de tonus causées par les mouvements de la tête. Ces réactions changent quand il existe une altération d'un organe otolithique.

Il y a alors un changement de tonus qui se traduit par une déviation dans l'épreuve du signe de l'index.

Cette démonstration est faite sur un sujet sain et sur un sujet malade.

---

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

*Séance du 28 janvier 1924 (1).*

**E. URBANTSCHITSCH. — Polynévrite aiguë avec atteinte vestibulaire isolée et otite moyenne aiguë droite. A propos de la paralysie faciale « rhumatismale ».**

Les antécédents et l'exploration fonctionnelle montrent chez cette femme de 32 ans, qu'à côté d'une paralysie faciale « rhumatismale », paraissant simple en apparence, il y avait une polynévrite avec participation du facial, du vestibulaire, du trijumeau et du glosso-pharyngien. Début fébrile (39°) avec frisson ; d'après les dires de la malade toujours, au 6<sup>e</sup> jour otite aiguë durant quinze jours, mais dont il ne reste plus trace lors de l'examen. Urbantschitsch pense que cette otite, non discutable d'ailleurs, quoiqu'il ne l'ait pas vue, est un incident supplémentaire et n'a rien à voir avec la paralysie faciale.

**O. BECK. — Surdité hérédo-syphilitique et accouchement.**

Femme de 33 ans suivie depuis de longues années  t dont la surdité s'aggrava brusquement aussitôt après l'accouchement. Deux ans avant l'accouchement, l'examen donnait : voix de conversation à 2 mètres de chaque côté ; à l'épreuve calorique réaction des deux côtés. Aussitôt après l'accouchement, vertiges, troubles de l'équilibre qui s'améliorèrent tandis que la surdité s'aggravait. Actuellement on trouve une surdité totale à gauche, quasi-totale à droite. Réaction rotatoire abolie pour les six canaux ; réaction calorique abolie à gauche, conservée à droite. Ce dernier point est également à noter.

1. D'après *Mon. f. Ohr.*



**R. LEIDLER. — Labyrinthite subaiguë avec vertige et température persistant longtemps après la trépanation labyrinthique.**

Il s'agit d'une labyrinthite suppurée diffuse subaiguë avec fistulisation de la paroi latérale du labyrinthe, y compris le canal horizontal. Ce qu'il y a de remarquable c'est la température dont la persistance six mois encore après l'opération s'explique mal : c'est aussi le vertige survenant après l'opération. Comme on ne peut plus penser à un abcès du cervelet. Leidler pense qu'on doit rapporter le vertige (et aussi une sensation de pression dans la moitié gauche de l'occiput) à des troubles circulatoires (peut-être des formations kystiques) au niveau des méninges molles du cervelet gauche. Ces troubles auraient peut-être leur point de départ dans une déchirure dure-mérienne pendant l'opération.

**H. ATTWENGER. — Secousses fibrillaires dans le territoire d'un facial paralysé au cours de l'épreuve calorique.**

Ces secousses ne dépendent pas de l'excitation vestibulaire, mais de celle du trijumeau.

**H. FREY. — Othématome guéri par mon procédé opératoire.**

**O. BECK. — Fracture de la paroi antérieure du conduit auditif osseux.**

**E. URBANTSCHITSCH. — Mastoïdite et méningite à str. mucosus chez un enfant de 13 mois.**

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas c'est qu'après la radicale, le liquide de ponction lombaire devint clair et stérile. (Il est vrai que préalablement à l'opération on avait fait plusieurs injections intrarachidiennes de sérum antistreptococcique). Seule persistait la raideur de la nuque. Cette méningite dure un mois avant d'entraîner la mort.

C'est le 3<sup>e</sup> cas d'otite à str. mucosus du nourrisson que voit l'auteur.

**L. HOFFMANN. — Méningite suppurée à forme foudroyante.**

Méningite manifeste deux jours après le début de l'otite et qui entraîna la mort au bout de deux autres jours. Il semble que la rétention du pus dans la caisse fut due à la compression du tympan par un cérumen.

**HOFFMANN. — Absès cérébelleux.**

Présentation de la pièce « in situ » ; c'est-à-dire qu'à l'autopsie on ne se contenta pas d'extraire seulement le cervelet, mais qu'on sépara du reste du crâne toute la fosse cérébrale postérieure. Fixation, décalcification et coupes. L'abcès montre la disposition morphologique décrite par Fremel (v. analyse, dans ces *Archives*, janvier 1924, p. 95).

*Séance du 25 février 1924.*

**S. GATCHER. — Cholestéatome du conduit auditif droit.**

Ce cholestéatome s'étendait vers la pointe de la mastoïde. Tympan et autres parties normales.

**URBANTSCHITSCH. — Mastoïdite bilatérale à streptococcus mucosus : 1) chez un nourrisson de 5 mois ; 2) chez un nourrisson de 9 mois. Opération. Guérison.**

Aucun signe clinique de mastoïdite. Urbantschitsch a opéré uniquement sur l'infiltration sans perforation du tympan et sur l'agitation des petits malades. A l'opération, on trouva les mastoïdes remplies de granulations, avec un peu de pus dans l'un des cas.

**W. HAARDT. — Oxycéphalie. Surdité à type otosclérose du côté gauche. Vertiges de Ménière améliorés par la vaccinothérapie anti-typhique.**

Comme on le voit par le titre, cette communication soulève divers problèmes : l'existence de troubles du côté de la VIII   paire au cours de l'oxy  cephalie, qu'on peut rapprocher des lésions optiques si fréquentes et qui précisément n'existaient pas dans le cas particulier, le rôle des altérations osseuses dans la production des surdités    type otosclérose, enfin le traitement vaccinoth  rapique des crises de vertiges.

**W. HAARDT. — Contracture de convergence des globes oculaires par pression sur le tragus au cours d'une suppuration auriculaire.**

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que l'épreuve de la fistule classique était négative, et que le phénomène a cessé avec le tarissement de la suppuration. Labyrinthe normalement excitable aux épreuves calorique et rotatoire.

Toute la discussion (Br  nner, O. Mayer, Beck, Neumann, Leidler) porte sur le point de savoir s'il s'agit là d'un stigmate hystérique ou non. Le phénomène de contracture des globes a été plusieurs fois rencontré chez des sujets n'ayant pas de passé auriculaire ; par ailleurs le jeune garçon qui fait l'objet de la communication a de l'hypo  sth  sie de la cornée. Par contre la disparition du symptôme avec la suppuration auriculaire donne à penser qu'il reposait ici sur quelque base organique, par exemple une action du labyrinthe sur les centres des mouvements oculaires.

**W. HAARDT. — Affection otolithique, post-opératoire, au cours d'une otite moyenne chronique.**

Otorrhée datant de l'enfance chez un homme de 23 ans, avec nystagmus du côté malade. Deux jours après une tentative d'extraction

de l'enclume, vertiges avec nystagmus dans l'inclinaison sur l'épaule du côté malade. Ces crises de vertiges cessèrent progressivement (après évidemment) ; l'oreille devint sourde, mais resta excitable aux épreuves calorique et rotatoire. Le nystagmus du côté malade persiste.

L'apparition progressive des divers symptômes fait penser à l'auteur qu'il s'agit d'une inflammation de la périlymphe avec participation du saccule et de son appareil otolithique. L'endolymphe serait peu touchée, étant donnée l'excitabilité de l'appareil vestibulaire.

**O. BECK. — Abscess péri-bulbaire et sous-occipital consécutif à une otite à streptococcus mucosus.**

F..., de 55 ans, opérée au bout de quatre semaines de son otite. Grosses lésions : mise à nu large du sinus, notamment dans la direction du golfe où il y avait des cellules suppurées et ramollies. Les jours suivants, violents maux de tête, mouvements de la tête douloureux ; la pression sur la partie inférieure de la plaie fait sortir du pus. Le diagnostic d'abcès péri-bulbaire et sous-occipital ainsi posé fut confirmé par l'opération (ou à peu près, car on ne trouva que de l'os ramolli sans pus collété). Evolution vers la guérison.

**O. BECK. — 1) Syphilis acquise de l'oreille interne et traitement antipaludéen ; 2) Syphilis congénitale de l'oreille interne et traitement antipaludéen.**

Dans les 2 cas aucune influence sur l'audition, mais amélioration des symptômes vestibulaires.

**NEUMANN. — Angio-fibrome du naso-pharynx.**

**RUTTIN. — Otite aiguë. Thrombose du sinus. Erysipèle récidivant. Opération. Guérison.**

**RUTTIN. — Fistule labyrinthique au cours d'une otite aiguë. Vertiges par la compression.**

L'opération confirma les données de la clinique. Le symptôme fut observé deux mois après le début de l'otite. Il faut en chercher la cause dans la structure de la mastoïde (cellules péri-labyrinthiques très développées). Le nystagmus par compression avait aussi cette particularité non seulement de persister pendant une compression prolongée, mais encore au delà de celle-ci (sans changer de sens). Le nystagmus post-rotatoire était faible pour le canal horizontal malade ; le vertige et l'entraînement à la chute peu marquée, et cela pour tous les canaux (phénomène qui ne se voit généralement pas dans les vieilles fistules ou quand l'épreuve de la fistule a été souvent répétée). Evolution normale après l'opération. Disparition du symptôme de la fistule. Epreuve rotatoire normale pour tous les canaux ; cependant vertige et chute ne se voient que pendant l'exploration des canaux sagittaux.

**BRUNNER. — L'exploration du labyrinthe dans les cas de nystagmus latent.**

Ce nystagmus en rapport avec des lésions oculaires n'a rien à voir avec le labyrinthe. Aussi les épreuves labyrinthiques déclanchent-elles un nystagmus vestibulaire, celui-là, qui, suivant l'excitation provoquée, est soit du même sens, soit du sens opposé au nystagmus latent.

**SCHLANDER. — Plastique pour les pavillons déjetés en avant.**

**POLLAK. — Mastoïdite précoce avec méningite séreuse.**

**DEUTSCH. — Indication opératoire basée sur les rayons X.**

Otite moyenne chronique bilatérale où, cliniquement, les lésions objectives et les épreuves d'audition indiquaient d'opérer à gauche.

La radiographie au contraire montra à droite la mastoïde presque entièrement détruite avec dénudation du sinus et de la dure-mère, tandis qu'à gauche il n'y avait guère que de la sclérose mastoïdienne. L'opération, faite à droite sur cette indication, confirma les données de la radiographie.

**O. MAYER. — L'otosclérose expérimentale de Witmaack.**

Nouvel écho de la divergence d'opinions entre Witmaack et Mayer sur la pathogénie de l'otosclérose. D'après Mayer, Witmaack aurait pris pour des états pathologiques, des aspects normaux. D'ailleurs le poulet, pris par Witmaack pour ses expériences, est un animal mal choisi ; la structure de la capsule labyrinthique variant avec les races de poulet et étant de toute façon très éloignée de la structure du labyrinthe de l'homme.

**O. MAYER. — Exostoses et hyperostoses de la face postérieure du rocher.**

---

*Séance du 31 mars 1924.*

**RUTTIN. — 1) Formation brusque d'une large perforation tympanique.**

Il s'agit vraisemblablement d'une poussée aiguë, au cours d'une otite latente, récidivante, mais où le tympan s'était cicatrisé d'une façon telle que la cicatrice est invisible.

**2) Contribution à l'étude des réflexes statiques chez l'homme.**



### 3) Diverticule du sinus sigmoïde.

HAARDT. — Atrésie bilatérale du conduit, consécutive à un eczéma chronique.

CEMACI — 1) Carcinome pédiculé du tympan; 2) Tuberculose des deux mastoïdes.

FREMEL. — Crises de vertige par mouvements brusques de la tête.

Les phénomènes durent depuis quatre ans à la suite d'une grippe sévère; chaque mouvement de la tête s'accompagne d'un violent nystagmus rotatoire du côté opposé avec nausées et vomissements durant plusieurs minutes. Une sœur de ce malade eut également la grippe il y a deux ans et présente également depuis le même syndrome.

FORSCHNER. — Hémato-tympan post-traumatique avec paralysie faciale et lésion cochléo-vestibulaire.

Cas présenté parce que les dits symptômes n'ont apparu que dix jours après le traumatisme. Il s'agit donc d'une hémorragie tardive au cours d'une fracture, confirmée par la radiographie. Les symptômes se sont ensuite amendés.

SCHNIRER. — Oxycéphalie avec atteinte de l'appareil cochléaire.

Ce cas s'accompagne d'atrophie optique double.

O. BECK. — Mastoïdite. Carie de l'écaille temporale.

La carie de l'écaille s'est traduite cliniquement un mois après l'opération sur la mastoïde. A l'intervention elle était séparée de la première plaie qui cicatrisait lentement, par une bande de tissu sain.

O. BECK. — Otite moyenne chronique réchauffée. Trépanation labyrinthique. Méningite.

POPPER. — Volumineux phlegmon cervical après évidement.

Développé en trois jours, à la suite d'une plastique de Panse dont le lambeau inférieur, quoique suturé, s'appliquait mal sur l'os.

SCHLANDER — Otite moyenne chronique. Abscess cérébelleux à siège particulier.

Cet abcès s'étendait dans la moitié inférieure de l'hémisphère cérébelleux, dont il atteignait la surface inférieure.

---

## SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE. SECTION D'OTOLOGIE

*Séance du 2 février 1924.*

**WILLIAM MILLIGAN.** — **Le traitement chirurgical des labyrinthites suppurées et de certaines lésions non suppurées.** (*voir analyses*).

## DISCUSSION

**CH. BALLANCE.** — En ce qui concerne les labyrinthites suppurées, il faut intervenir ; une suppuration quelconque demande un drainage. Quant à la technique, chaque chirurgien a ses particularités ; si l'on expose une zone assez large d'os en arrière du facial et de la saillie du canal horizontal, l'opération devient relativement facile. Il n'est pas toujours nécessaire d'enlever la capsule du limaçon.

Dans le syndrome de Ménière l'auteur préconise le sectionnement du nerf auditif en arrière du canal auditif interne ; c'est une intervention plus facile et qui guérit plus vite avec moins de risque d'infection. On trépane sur le cervelet, on le récline avec des éponges sèches pour dégager la VIII<sup>e</sup> paire que l'on sectionne après avoir isolé le facial à l'aide d'une sonde.

**ALBERT A. GRAY.** — Dans la maladie de Ménière il est inutile d'invoquer un phénomène de toxémie ; c'est moins une question de pression intralabyrinthique basse ou élevée qu'une question de changement brusque d'un degré à un autre. Une altération subite de la vasomotricité de l'artère auditive peut suffire pour provoquer des changements de pression sur les terminaisons nerveuses : c'est pourquoi le syndrome de Ménière s'observe plus souvent chez les intellectuels qui sont atteints plus facilement d'instabilité vasomotrice en raison des fatigues cérébrales.

**SYDNEY SCOTT** est persuadé que de nombreux cas de syndrome de Ménière relevaient de lésion de l'oreille moyenne qui provoquaient les changements subits de pression intralabyrinthique. Il cite un cas dans lequel le cathétérisme de la trompe suffit à faire disparaître presque complètement les accès méniériformes. Dans 85% des cas l'auteur a constaté des lésions de l'oreille moyenne et de l'obstruction tubaire.

**WATSON WILLIAMS.** — Il existe des cas du type pseudoméniériforme qui sans être liés à une affection de l'oreille moyenne semblent malgré cela relever d'un état catarrhal, dus à une lésion nerveuse par intoxication ou à des altérations musculaires réflexes. Il rapporte un cas de vertige, dans lequel il y avait une ethmoïdo-sphénoïdite du même côté que les symptômes vestibulocochléaires. Le drainage des sinus postérieurs amena une disparition des troubles vertigineux.

Dans les labyrinthites suppurées il doit se produire une résorption de la substance osseuse favorisant par l'amincissement de la paroi la propagation des pyogènes de la caisse vers le labyrinthe. Cette décalcification faisant défaut dans les otites aiguës, la réaction labyrinthique n'est qu'une labyrinthite séreuse.

**MUSGRAVE WOODMAN** cite un cas de vertige avec bourdonnement dans lequel le bougirage de la trompe d'Eustache avait supprimé en quelques séances les attaques de vertige. Il a examiné récemment plu-

sieurs cas de paralysie faciale dans lesquels il y avait une atteinte certaine de la VIII<sup>e</sup> paire se traduisant par des accès vertigineux et par des bourdonnements ; mais ces symptômes avaient passé inaperçus, couverts par la lésion prédominante du facial.

Quant aux lésions labyrinthiques non suppurées, il ne se souvient que d'un cas. Il s'agissait d'une infirmière qui avait dû cesser son travail en raison de fréquentes attaques de vertige compliquées de bourdonnements, de vomissements et même de perte de connaissance. L'ouverture du canal semicirculaire externe amena après quelques semaines, une amélioration notable et après trois mois un arrêt complet de vertiges.

E. D. D. DAVIS soigne actuellement deux malades atteints de vertiges intolérables. Dans l'un, les accès étaient accompagnés de nystagmus, dans l'autre les épreuves auditives semblaient aiguiller le diagnostic vers une otclérose.

G. F. JENKINS. — Il existe des cas qui par la localisation précise des signes, demandent la labyrinthotomie supérieure et inférieure. La grande difficulté c'est l'imprécision dans laquelle se trouve la pathologie actuelle des dites labyrinthites non suppurées.

COLLEDGE estime que l'hypertension crânienne joue un rôle dans certaines manifestations labyrinthiques. Au moins dans un cas opéré par lui la trépanation décompressive dans la fosse postérieure amena une cessation brusque des symptômes vertigineux. La décompression au niveau du cervelet semble plus facile que l'ouverture du labyrinthe et elle permet d'aborder, s'il est nécessaire le nerf auditif.

SMURTHWAITE : cite deux cas de vertiges ; dans l'un il y avait une déviation de la cloison ; après résection sous-muqueuse de la cloison le cathétérisme de la trompe rétrécie fit cesser les crises vertigineuses ; dans l'autre un débris de cerumen collé contre le tympan occasionnait une pression exagérée labyrinthique.

W.-S. SYME. — On peut considérer comme fait acquis que certaines affections nasales et de l'oreille moyenne peuvent provoquer des vertiges. Aussi essaie-t-il toujours d'éliminer une étiologie nasale ou de l'oreille moyenne, avant d'envisager une intervention sur le labyrinthe. Dans les otites aiguës avec participation labyrinthique il faut y aller avec plus de prudence que dans les formes chroniques, et il faut d'abord envisager de calmer les phénomènes bruyants.

W. MILLIGAN. — C'est grâce à Jansen qu'il s'est intéressé à cette question. Mais Jansen opérait trop rapidement et la rapidité est plutôt nuisible dans une région aussi dangereuse que celle du labyrinthe. Quant à la voie d'accès rétrolabyrinthique préconisée par Ballance l'auteur ne partage pas son avis. Il a opéré deux fois par la fosse postérieure, avec de grandes difficultés ; la voie labyrinthique lui semble plus commode. L'emploi de la ponction lombaire ne lui a donné aucun résultat, de même que la trépanation décompressive dans la fosse postérieure. L'intervention ne doit être envisagée que si toutes les causes de vertiges du côté de l'oreille moyenne ont été éliminées avec certitude.

Dans les cas de labyrinthite séreuse aiguë il ne faut pas intervenir. L'auteur n'opère les cas aigus que s'ils sont d'emblée purulents ou secondaires à une moyenne chronique suppurée.

Quant à l'opération elle-même, que l'auteur ne fait qu'après épuisement de tous les moyens thérapeutiques médicaux, elle est rendue facile par le dégagement le plus large du champ opératoire; avec une sélection méticuleuse des cas en vue d'une opération, les résultats seront toujours satisfaisants.

**T. B. JOBSON. — Un cas d'abcès cérébral.**

La malade âgée de 26 ans, atteinte d'otite moyenne chronique depuis son enfance, vit subitement tarir son écoulement et fut prise de céphalées, vomissements et vertiges avec 39° de fièvre. On ouvrit la mastoïde, mit le sinus à nu qui était sain; au-dessus de l'attique on tomba sur un abcès extra-dural; la dure-mère était recouverte de granulations, mais pas fongueuse. Suites opératoires apparemment bonnes; mais après onze jours la température remonte; pouls 86, exagération des réflexes, réapparition des céphalées et des vomissements. Réouverture; on trouva à la seconde incision de la dure-mère en profondeur un abcès de la grandeur d'un œuf de poule, drainage; l'examen bactériologique révèle du pneumo, du streptocoque, du coli-bacille; après quatre séances d'ionisation au sulfate de zinc, l'écoulement était presque entièrement tari. La guérison était complète en quatre semaines.

**E.-D.-D. DAVIS. — Abcès chronique de la protubérance dû à une suppuration de l'oreille moyenne.**

Admission d'un homme de 35 ans pour céphalées et nystagmus, avec diagnostic d'abcès cérébelleux. Il y a deux ans et demi le malade avait subi une radicale du côté gauche pour une otorrhée datant de dix ans. La guérison se fit sans complication assez rapidement. Depuis ce moment le malade eut des céphalées intermittentes durant d'un à quinze jours, localisées dans la région pariétale et accompagnées parfois de vomissements subits.

Il y a cinq semaines il remarqua de la diplopie dans le regard à gauche, enfin il souffrait de vertiges et de perte de mémoire.

A l'examen on constate du nystagmus rotatoire dans le regard vers la gauche, de l'engourdissement de la moitié gauche de la face et de la langue (remontant à 18 mois), une exagération des réflexes du côté gauche. Pas d'atteinte de la mastoïde, pas de suppuration osseuse, pas de signe de la fistule. Pas de réaction labyrinthique nette à l'irrigation. L'audition réagissait à la voix, aux diapasons et au monocorde.

Ouverture de la mastoïde; mise à nu de la dure-mère au-dessus de l'antre. La loupe ne permit de voir de fistule ni sur le promontoire ni sur le canal externe; ouverture de la dure-mère en face du sinus dans de l'os extrêmement dur, pour accéder au cervelet. L'exploration du cervelet par la fosse postérieure en arrière du sinus ne révéla rien d'anormal; suture et guérison par première intention.

Deux mois après la paralysie faciale avait nettement augmenté. Quelques jours après, apparition d'une hémiplegie durant une semaine et ayant débuté par le bras droit, paralysie du 6<sup>e</sup> nerf cranien gauche; nystagmus comme avant.

Supposant un abcès cérébral on ouvrit la fosse moyenne et explora



le lobe temporal sans résultat. La mort survint quelques jours après.

L'autopsie donna les détails suivants : pas de méningite, les traces de l'opération sur la fosse postérieure admirablement cicatrisées ; rien, à part une petite hémorragie dans le lobe temporal exploré ; par contre le côté gauche du Pont de Varole était saillant et contenait au niveau du pédoncule cérébelleux moyen un abcès bien encapsulé. Facial et auditif étaient œdémateux et collés ensemble ; le méat auditif interne contenait un tissu de granulation pâle, de même que le canal facial. Le labyrinthe à part cela était intact.

A. GRAY demande, s'il existait du hoquet dans ce cas. Il a observé un cas analogue dans lequel il y avait eu un hoquet très tenace pendant six semaines.

WILLIAM MILLIGAN. — La localisation d'un abcès dans le pont de varole comme suite à une otite suppurée est rare ; ne s'agirait-il pas d'un ramollissement d'un tubercule.

SYDNEY SCOTT pose la même question.

D.-D. DAVIS il n'y avait pas de hoquet. L'origine tuberculeuse peut être exclue, ni l'examen bactériologique, ni l'examen histologique ne permirent une interprétation dans le sens d'une tuberculose.

#### **W.-M. MOLLISSON. — Présentation d'un tympan laissant voir la corde du tympan.**

Dans les discussions les auteurs interprètent l'aspect différemment (dépôts calcaire, séquelles de catarrhe ancien).

#### **FRIEL. — Un cas de surdité extrême unilatérale par voie aérienne avec conduction osseuse parfaite.**

Le malade âgé de 38 ans, a été blessé comme artilleur il y a six ans par une explosion d'obus. Depuis ce moment il constate une surdité croissante du côté gauche. Les tympans sont intacts. Le réflexe cochléopalpébral à gauche est négatif. La montre est entendue sur la mastoïde gauche, ce cas est intéressant au point de vue de la simulation et de la fixation d'indemnité par incapacité. QUIRIN.

### **II<sup>e</sup> CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ TCHÉCOSLOVAQUE D'OTOLARYNGOLOGIE**

*Tenu à Prague les 19 et 20 mai 1923.*

#### **RAPPORTS**

PRECECHTEL (*Prague*). — **Physiologie et pathologie de l'appareil otolithique.**

PRECECHTEL rappelle quelques données anatomiques et embryologiques, base indispensable de la physiologie et pathologie de l'appareil

otolithique. Dans la position normale de la tête les macules utriculaires se trouvent dans deux plans presque horizontaux formant un angle obtus ouvert en bas, tandis que les maculae sacculi situées presque verticalement forment un angle aigu ouvert en bas. L'innervation des saccules — excepté leur partie dorsale fournie par le nerf vestibulaire — est effectuée par le nerf cochléaire. Les maculae utriculi reçoivent leur innervation du nerf vestibulaire.

Le fait qu'au cours du développement la myélinisation des nerfs de l'appareil vestibulaire précède celle des autres nerfs sensitifs et sensoriels est d'une grande importance.

La fonction de l'appareil otolithique est double. Il sert à l'observation de la position de la tête par rapport à la verticale, il est aussi un organe de contrôle du tonus des muscles du cou, des membres, du tronc, des yeux. Ce double rôle rend possible non seulement l'orientation dans l'espace pendant la vie extra-utérine, mais, d'après Precechtel il nous explique aussi la grande fréquence de la présentation du sommet de fœtus. Precechtel base cette supposition sur les faits suivants : 1) Le développement précoce de l'appareil otolithique. 2) L'existence de réflexes labyrinthiques chez les fœtus (Minkowski) analogues à ceux de la vie extra-utérine (Magnus). 3) L'observation des cas présentant d'une part des lésions de l'appareil otolithique (réaction paradoxale), d'autre part des troubles statiques, anomalies de la présentation pendant la vie utérine, retard dans l'acquisition de la faculté de s'asseoir, se mettre debout, marcher. La théorie « otolithique » nous explique les faits cliniques observés dans l'obstétrique que les théories de la culbute, de la pesanteur, de l'accommodation etc., n'avaient pu éclaircir suffisamment.

MAGNUS distingue trois catégories de réflexes naissant du labyrinthe ; 1) Réflexes d'attitude ; 2) Réflexes compensateur des mouvements des yeux ; 3) Stell-réflexes. Ils se combinent tous avec des réflexes naissant au niveau du cou, du tronc etc. Magnus conclut que ces réflexes se produisent encore après qu'on a enlevé le cervelet. Néanmoins les travaux de Tilley nous apprennent qu'en enlevant les deux hémisphères et le vermis nous n'enlevons pas tout ce qui appartient au cervelet au point de vue embryologique et fonctionnel, car le noyau vestibulaire, qu'il faut, d'après les données de l'anatomie comparée, considérer comme appartenant au cervelet, reste intact.

On suppose que la fonction de l'appareil otolithique est due à une irritation des terminaisons du nerf vestibulaire soit par traction (Magnus), soit par pression (Quix) des otolithes sur les cils des cellules sensorielles.

A la compensation de la dystonie musculaire survenant à la suite de la labyrinthectomie unilatérale contribuent les centres du tonus et l'appareil visuel. Les mouvements roulants, après la labyrinthectomie bilatérale, s'expliquent par l'influence des Stell-réflexes naissant au niveau du tronc.

Les expériences faites dans l'institut de Magnus prouvent que certaines substances toxiques ont une influence élective soit stimulante soit paralysante sur les centres vestibulaires et qu'elles agissent dans une certaine succession et d'une intensité variable (camphre, picROTOXINE, alcool, etc.).

Le fonctionnement de l'appareil otolithique peut être examiné au moyen de l'appareil de Mach (trouble de l'orientation par rapport à la verticale après rotation — les otolithes étant intacts), au moyen des réflexes de Magnus, par l'épreuve de l'indication de Barany (méthode de Quix), par la réaction calorique (Borries). La réaction paradoxale — réaction calorique négative avec réaction rotatoire normale — nous indique une lésion de l'appareil otolithique. On le peut également examiner par l'épreuve de Romberg, à l'aide du goniomètre de Stein, par l'épreuve de la déviation des yeux (appareil de Barany, de Struycken).

Les lésions de l'appareil otolithique sont ou congénitales ou acquises, d'origine ou périphérique ou centrale. Les lésions congénitales, se manifestent par le syndrome mentionné plus haut, auquel s'associent assez souvent des troubles du langage.

La perte totale de l'appareil otolithique n'est pas suivie de troubles statiques durables, ces troubles étant compensés par la fonction des autres parties de l'appareil statique.

Une irritation des otolithes peut produire le syndrome de Ménière. D'après Quix les symptômes pareils peuvent être causés aussi par des lésions endocraniennes et ils s'accompagnent souvent de signes dus à ces lésions (aréflexie de la cornée, etc.).

D'après Quix le mal de mer est provoqué par des irritations anormales de l'appareil otolithique, suite de mouvements surtout dans la direction verticale.

Les lésions otolithiques d'origine centrale peuvent se manifester par des symptômes divers, en premier lieu par des vertiges et du nystagmus dans certaines positions de la tête, dans lesquelles l'appareil otolithique se trouve sous l'influence d'une irritation maxima ou minima. Dans le premier cas il y a une seule position de repos, suivant le degré de l'irritation de l'appareil otolithique.

#### CISLER (Prague). — Sclérome en Tchécoslovaquie.

Aux 74 cas de sclérome recueillis par Frankengerger sur le territoire de l'ancienne Bohême jusqu'à 1909, l'auteur ajoute 75 cas nouveaux observés depuis 1909 dans divers services laryngologiques de Tchécoslovaquie. Se basant sur cette grande collection il étudie le sclérome à divers points de vue.

En ce qui concerne la répartition topographique on rencontre le sclérome dans toutes les régions avec un riche réseau fluvial. Ce fait ne doit pas être expliqué par la supposition d'une affinité de l'agent infectieux à l'humidité, il prouve plutôt que la propagation de la maladie suit de grandes routes de communication.

Au point de vue ethnographique l'opinion que le sclérome est une maladie de la race slave et des Juifs ne peut pas être soutenue. Parmi les cas observés il y a aussi des Allemands et Magyars.

Les deux sexes participent dans la statistique dans une proportion peu près égale.

Parmi les cas recueillis par l'auteur la plupart des malades étaient âgés de 20 à 50 ans. Les observations d'autres auteurs prouvent qu'aucun âge n'est exempt (enfant de 7 ans, homme de 70 ans).

La plupart des malades sont des pauvres gens. On le rencontre rarement chez les gens aisés.

Plusieurs auteurs ont contribué au cours des dernières années pour compléter la séméiologie du sclérome. On a observé des affections scléromateuses de la langue, du plancher de la bouche, des glandes salivaires (sous-maxillaires), la propagation de l'infiltration par les trompes dans la caisse, formations néoplasiques, cystiques (cas Kutvirt), ecchondroses et exostoses dans la trachée, des polypes récidivants, des polypes saignants, des abcès, l'infiltration du bourrelet de l'épiglotte (deux cas de l'auteur), névralgies du trijumeau. La formation cystique observée par Kutvirt siégeait au niveau de la racine du nez et contenait du liquide clair avec grandes masses de bacilles de Frisch.

En ce qui concerne le traitement, celui par vaccination donne des résultats satisfaisants, surtout s'il s'agit de lésions fraîches. Dans les cas réfractaires on peut combiner la vaccinothérapie avec les rayons X ou avec la radiumthérapie.

#### VYMOLA (Prague). — Etiologie, histologie et traitement du sclérome.

L'auteur s'appuie sur ses expériences ayant pour but de démontrer la valeur pathogénique du bacille de Frisch. L'implantation du tissu scléromateux ne provoque chez les animaux aucune affection pareille. Ou bien le tissu implanté et les bacilles inoculés s'éliminent ou bien une suppuration survient due à une infection secondaire. Malgré les échecs de ces expériences l'auteur insiste sur le caractère infectieux du sclérome et sur la spécificité du bacille de Frisch. Celui-ci se distingue par ses caractères biologiques, nettement des autres bacilles semblables.

Le traumatisme et les lésions inflammatoires chroniques jouent le rôle de causes prédisposantes.

A l'examen histologique l'épithélium est parfois très épais, parfois il disparaît complètement. Les parois des vaisseaux sont épaissies, les cellules endothéliales hyperplasiées. L'infiltration se trouve soit en forme de follicules soit sous l'aspect de cordons entre les faisceaux conjonctifs.

Dans l'infiltration les cellules éosinophiles prédominent. Les petits monocléaires sont moins nombreuses. Les cellules de l'infiltration, de même que les cellules épithéliales peuvent subir une dégénérescence muqueuse. Sous l'influence irritative de toxines le tissu conjonctif hyperplasié. Rarement on peut observer une métaplasie aboutissant à la formation du tissu cartilagineux.

Le traitement spécifique conduit à la disparition de l'infiltration qui est remplacée par néoformation des fibres conjonctives.

Ce traitement consiste en injections de protéine préparée suivant la méthode de Buchner : cultures de bacilles de Frisch, concentré par évaporation au dixième du volume et additionné d'une suspension des bacilles chauffée à 54° C. Il doit être combiné avec un traitement chirurgical approprié (excision, curettage, raclage, dilatation.



## COMMUNICATIONS

**KUTVIRT (Prague). — Les paralysies des muscles de l'œil au cours de l'otite moyenne.**

Parmi le 83 cas de méningites otogènes observés au cours de treize années dans la clinique de l'auteur, deux seulement ont présenté des paralysies des muscles de l'œil. Dans l'un il s'agissait d'une paralysie du VI, dans l'autre les nerfs III, IV et VI étaient atteints. Dans cinq autres cas de paralysie du moteur oculaire externe, de même que dans trois cas de paralysie du moteur oculaire commun, dans un du pathétique et un du III et VI il n'y avait aucun signe d'une affection endocranienne, ni d'une méningite séreuse, ni d'une méningite circonscrite. Dans un cas d'otite catarrhale la rachicentèse a amené une rapide guérison de la paralysie VI.

D'après la marche de ces affections et en raison de la situation anatomique des nerfs lésés il faut chercher la cause de ces paralysies dans la propagation de l'inflammation vers les cellules de la pointe du rocher et l'apparition d'un œdème collatéral. Une influence toxi-infectieuse (d'après Knick, Mann) doit être admise dans les cas de lésions hétérolatérales (une observation avec l'apparition d'une paralysie du pathétique du côté gauche au cours d'une otite du côté droit).

Dans les cas observés toutes les paralysies ont guéri.

**DEDEK (Prague). — Affections angioneurotiques des voies aériennes supérieures.**

Deux observations. Femme de 46 ans avec des troubles climactériques. De temps en temps sensation de plénitude dans la gorge, sans douleurs, durant quelques heures. Il s'agit d'un œdème fugace au niveau du palais, des amygdales de la muqueuse buccale. Après disparition des troubles climactériques l'affection a guéri.

Femme de 20 ans, hystérique. Quelques heures après l'ablation d'une queue de cornet sensation de pression dans la gorge, insuffisance respiratoire. Œdème du voile, de la luette, des amygdales et de l'hypopharynx. Larynx normal. Aucun signe d'inflammation. Après la même intervention de l'autre côté les mêmes troubles.

Dans aucun de ces cas il n'y avait de manifestations cutanées.

**GREIF (Prague). — Le facteur microbien dans les syndromes appelé « ozaena genuina » et son importance dans l'étiologie et le traitement de cette maladie.**

Se basant sur ses propres recherches bactériologiques, expérimentales et thérapeutiques l'auteur conclut que la théorie microbienne de l'ozène est la moins fondée. Il a trouvé le coccobacillus foetidus ozaena (Percz, Hofer, Shiga) seulement dans 20 % des cas. Il l'a vu aussi dans des cas de l'ozène unilatérale et de syphilis nasale. La rhinophilie du coccobacillus n'est qu'une bactério-transsudation et bactério-élimination au niveau de la muqueuse nasale des lapins en état de bactériémie provoquée par l'injection intraveineuse

de ce germe. Ces germes l'auteur les a trouvés aussi dans les sécrétions de la muqueuse trachéale, bronchiale, l'intestin du bassinet, des reins, des conjonctives. Par des injections de bactérium coli et des staphylocoques on peut provoquer le même phénomène.

A la suite de l'injection intra-veineuse du coccobacillus il se produit une rhinite catarrhale avec hyperhémie et hémorragies dans la muqueuse nasale de même que dans les autres muqueuses. L'auteur n'a jamais trouvé d'atrophie des cornets ni d'autres lésions pareilles à celles qui sont caractéristiques de l'ozène chez l'homme.

Les névroses symétriques des pavillons de l'oreille décrites par Pérez et Shiga chez les lapins comme lésions conchotropes se produisent seulement à l'endroit de la piqûre et présentent des caractères traumatiques.

Les résultats de l'agglutination avec le sérum des malades sont nuls.

En ce qui concerne le traitement avec divers vaccins et substances protéiques non spécifiques on peut obtenir les mêmes résultats qu'avec le vaccin mono ou polyvalent spécifique du Pérez. L'autobactériothérapie, et le sérum normal du cheval donnent de meilleurs résultats quoique non durables.

#### **HORAK (Prague). — Contribution à la physiologie des amygdales.**

Contrairement à la supposition de Fleischmann d'une fonction spécifique des amygdales due à leur pouvoir réducteur, pense que la présence de substances réductrices dans les amygdales ne permet pas de faire des conclusions sur leur rôle. Par la réaction de Richter on peut démontrer la présence d'une certaine quantité de ces substances dans tous les tissus de l'organisme. La surrénale en contient une quantité beaucoup plus grande que les autres tissus. Il semble donc que les substances réductrices produites dans la surrénale sont fournies à divers organes où elles subissent des altérations auxquelles sont dus les différents résultats de la réaction au chlorure d'or.

#### **HORAK (Prague). — L'anesthésie économique des muqueuses.**

La solution de Hirsch à 3% ne suffit pas pour une bonne anesthésie de muqueuse laryngée. L'eau phéniquée comme véhicule de ladite solution provoque souvent des vomissements. Une solution de Hirsch à 5 % au sérum physiologique, non phéniquée donne le même résultat qu'une solution de la cocaïne à 20 %. Elle est moins chère et moins toxique.

WISKOVSKY. — D'après les expériences de Mayer chez les grenouilles, la toxicité de la cocaïne s'augmente en combinaison avec le sulfate de potasse. En conséquence la moindre toxicité de solution de Hirsch semble être douteuse.

HORAK a observé une légère intoxication après badigeonnage de la muqueuse pharyngée avec la solution Hirsch chez un malade neurasthénique qui l'a avalée.

**HORNICEK (Prague). — La réaction d'oxydase dans les amygdales.**

Contrairement à l'opinion de Stœhr et de plusieurs auteurs affirmant que les éléments salivaires proviennent de tissu lymphatique des amygdales, la réaction d'oxydase prouve suffisamment leur origine leucocytaire.

Dans les amygdales les leucocytes (granulocytes) suivent les trajets des vaisseaux, remplissent par endroit les capillaires, s'accumulent surtout à la périphérie sous l'épithélium et occupent les cryptes. On ne les trouve jamais dans les follicules lymphatiques. Une émigration des leucocytes à travers la muqueuse pharyngée se fait seulement dans les endroits où on trouve du tissu lymphatique. On ne peut donc pas nier une certaine relation entre le tissu lymphatique du pharynx et l'émigration leucocytaire.

**JINDRA (Brno). — Vaccinothérapie en otolaryngologie.**

L'auteur s'est servi de vaccins frais soit d'autovaccins soit d'hétérovaccins. Ses résultats sont les suivants :

Les otites externes circonscrites à la période de début ont guéri en quatre à sept jours après l'injection d'hétérovaccin, en six à neuf jours si le pus était déjà collecté au moment de l'injection.

*Otites externes* diffuses avec adénite régionale. Guérison en six à seize jours après l'application d'hétérovaccin.

*Otites moyennes aiguës*. — Sous l'influence de la vaccinothérapie l'écoulement disparaît rapidement. Pas de complications.

*Otites chroniques*. — La vaccinothérapie donne de bons résultats seulement dans les cas non compliqués. S'il y a des complications (granulations, polypes, carie) on ne peut observer qu'une diminution de l'écoulement.

En ce qui concerne les mastoïdites le traitement par vaccination ne peut être utile que dans les cas récents peu avancés.

*Rhinites chroniques*. — Amélioration après injections de l'autovaccin.

Bons effets en neuf jours dans les sinusites aiguës. Dans les sinusites chroniques la guérison après vaccinothérapie est rare.

*Ozène*. — Les vaccins monomicrobiens (*coccobacillus* Perez) sont moins efficaces que les polymicrobiens, (Perez, Albert Lœwenberg, pneumo et staphylocoques). Les résultats sont les mêmes si on emploie les autovaccins ou les hétérovaccins frais. Guérison 50 % amélioration 30 %, dans 20 % aucun effet.

**JODASOVA. (Prague). — Un cas d'ostéomyélite du crâne au cours d'une sinusite frontale chronique.**

Homme de 33 ans atteint d'une sinusite frontale chronique bilatérale. Pyorrhée nasale très abondante. Céphalée persistante. Infiltration de la peau dans la région frontale droite. Intervention d'après Killian du côté droit n'amène aucune amélioration. L'infiltration s'est étendue

en haut et à gauche. On intervient sur le sinus frontal gauche. Malgré tout l'ostéomyélite se propage. Mort par la méningite.

WISKOVSKY a observé un cas d'ostéomyélite progressive du crâne survenue au cours d'une sinusite frontale chronique. L'affection durait depuis à peu près six mois. Malgré tous les efforts la suppuration après formation de plusieurs abcès sous-périostaux s'est terminée par méningite.

**LÉDL (Brno). — Contribution au traitement des méningites suppurées.**

L'auteur a obtenu dans 2 cas de méningite suppurée une guérison complète en procédant de la façon suivante.

Mise à nu de la dure-mère au-dessus de l'écaille du temporal (trépanation d'une brèche ronde de 1 centimètre de diamètre). Introduction d'une aiguille dans l'espace subdural. Rachicentèse. Injection de 30 à 40 centimètres cubes de sérum physiologique sous la dure-mère cérébrale sous une pression correspondant à celle du liquide céphalo-rachidien s'écoulant par la rachicentèse simultanée. Ensuite injection de 20 à 30 centimètres cubes d'une solution de rivanol à 0, 1 % sous la dure-mère cérébrale de façon que la pression endocranienne reste à la fin un peu augmentée.

Dans le premier cas où il s'agissait vraisemblablement d'une méningite à gonocoque (il y avait aussi d'autres manifestations gonococciques, arthrite, paramérite) tous les signes de méningite ont disparus au bout de quinze jours.

Dans l'autre cas, méningite otogène polymicrobienne quatre ponctions lombaires étaient encore nécessaires au cours de quatre semaines.

Le procédé est simple et, comme il semble, sans inconvénients.

**SEEMANN (Prague). — La division sous-muqueuse du palais.**  
(Publié *in extenso* dans les *Archives intern.*, avril 1924).

**SOUKUP (Brno). — Le traitement des otites moyennes aiguës avec mastoïdite.**

Dans la clinique otolaryngologique de Brno on procède dans ces cas de façon suivante : après mastoïdectomie à laquelle on ajoute toujours l'antrotomie, la cavité trépanée est irriguée au sérum physiologique pour enlever les débris osseux et lavée avec une solution de rivanol à 0, 2 %. Une mèche de gaze imbibée de la même solution est introduite dans la cavité... Suture du périoste. L'incision cutanée est fermée sauf une petite ouverture au niveau du pôle inférieur.

Cent trente-quatre cas à l'appui. Guérison complète au bout d'un mois dans 40 % des cas. Le reste quitte la clinique au bout de trente à trente-six jours avec une petite surface granulée au niveau du pôle inférieur.

PRECECHTEL. — Dans le traitement des mastoïdites aiguës il faut distinguer deux étapes. La première est la lutte contre l'infection, elle commence par la mastoïdectomie. La désinfection de la plaie n'a qu'une



importance secondaire, il faut plutôt augmenter les moyens de défense de l'organisme. Dans la deuxième période il s'agit de la régénération du tissu enlevé. Les conditions d'une régénération vraie ne sont pas favorables. Il faut se contenter d'une fausse régénération (formation du tissu cicatriciel) pour obtenir la fermeture de l'antre. En cas de fistulisation il faut recourir aux procédés plastiques.

KUTVIRT. — On ne peut pas intervenir dans tous les cas d'une façon uniforme. Une résection très large de la mastoïde n'est pas toujours nécessaire.

**SOULAKOVA (Prague). — La panitrine dans le traitement des maladies de l'oreille.**

La panitrine semble avoir de bons effets en cas de labyrinthites, d'otoscléroses récentes surtout sur les signes subjectifs de ces maladies. Après l'application de la panitrine les bourdonnements ont disparu où ils étaient atténués.

NINGER, SOUKUP, HORNICEK ont observé une amélioration dans quelques cas.

PRECECHTEL n'a vu que des résultats négatifs.

SACHS a vu à la clinique Neumann, seulement dans les cas d'otosclérose, une légère amélioration.

JODASOVA. — L'application est douloureuse.

CISLER. — Les douleurs sont supportables si on emploie de la novocaïne. Les expériences ne sont pas encore suffisantes.

**NINGER (Brno). — Les déviations de la marche les yeux fermés dans les cas de troubles vestibulaires.**

L'auteur s'occupe de diverses formes de déviations mises en évidence par l'épreuve de la marche les yeux clos dans plus de 80 cas d'affections vestibulaires soit centrales, soit périphériques.

Dans l'épreuve de la marche processive et rétrocessive les déviations étaient ou angulaires ou en arc.

L'auteur a aussi examiné ses malades en les faisant marcher dans le plan frontal vers un point fixé situé de l'un ou de l'autre côté du malade. Pendant cette marche latérale on pouvait observer une déviation en avant ou en arrière soit angulaire rectiligne soit en un arc convexe vers le trajet déterminé.

L'auteur explique ces déviations par des lésions de l'appareil otolithique, la déviation en avant serait causée par survalence du tonus des muscles extenseurs de l'extrémité inférieure homolatérale due à une lésion de macula utriculi de caractère paralytique, la déviation en arrière correspond à l'exagération du tonus de fléchisseurs, suite d'une lésion irritative de macula utriculi.

Quant aux déviations de la marche processive et rétrocessive, l'auteur les attribue à des lésions de macula sacculi d'un caractère irritatif si le malade dévie du côté malade — ou paralytique si le malade dévie du côté sain, les tonus des muscles abducteurs des extrémités inférieures étant augmenté.

Les déviations de la marche processive, rétrocessive et latérale survenant au cours des affections cérébelleuses sont dues aux différences du tonus de certains groupes musculaires à la suite de lésions des centres de Barany.

Chez un malade atteint de poliomyélite chronique antérieure avec hypotonie des abducteurs et fléchisseurs des extrémités inférieures on pouvait constater des déviations analogues. Les altérations de ces déviations, altérations provoquées par diverses positions de la tête s'expliquent par abolition de sensations cinesthésiques et en conséquence par le défaut d'une influence compensatrice supprimant normalement les effets de variation de la pression dans l'appareil otolithique. A l'inclinaison de la tête vers l'épaule droite — pression maxima au niveau de la sagitta gauche — correspond une déviation à gauche (hypertonie des abducteurs du côté gauche). A la suite d'une inclinaison en arrière (pression affaiblie de l'apex d'après Quix) la déviation en avant dans l'épreuve de la marche latérale augmente.

L'auteur démontre dans un cas de labyrinthite séreuse l'influence de diverses positions de la tête sur la déviation de la marche chez des labyrinthiques.

#### LEDL (Brno). — A propos du traitement du sclérome.

Les bons effets obtenus par le tartre stibié dans les cas du granu-lome tropical infectieux et la ressemblance du bacille de Frisch ou bactérium de cette maladie ont amené Kabelik (de Brno) et Symmers à l'idée de recommander ce traitement dans les cas de sclérome.

L'auteur s'est servi d'une solution du tartre stibié à 1% en injections parenchymateuses et intraveineuses.

Les injections parenchymateuses furent abandonnées à cause des douleurs qu'elles ont provoquées, quoique leurs effets dans la disparition d'infiltration étaient remarquables.

Par la voie intraveineuse on a injecté 5 centimètres cubes dans l'intervalle de quelques jours à une semaine, selon la réaction. L'injection est suivie d'une légère élévation de la température, la sécrétion s'augmente, après quelques minutes à une demi-heure les croûtes se dégagent et elles sont expectorées, la muqueuse présente un œdème léger. Le nombre des injections nécessaires varie suivant les cas. L'effet thérapeutique se manifeste en disparition des infiltrations et ramollissement du tissu cicatriciel. L'état général s'améliore.

Chez un scléromateux on a observé à la suite du traitement décrit l'amélioration du visus et de l'audition.

Le traitement ne présente aucun inconvénient, les malades ne doivent pas être hospitalisés. Les résultats sont très encourageants.

#### NINGER (Brno). — Les cas de sclérome observés à la clinique laryngologique de Brno en 1921-1923.

10 cas de sclérome, tous provenant de Moravie. 4 femmes, 6 hommes âgés de 20 à 63 ans. L'auteur envisage quelques particularités de ces cas. Démonstration de beaux tableaux présentant les lésions scléromateuses du larynx et du pharynx.

CISLER. — En ce qui concerne la biopsie souvent on ne trouve pas de cellules de Mikulicz dans les cas vieux.

VYMOLA vient d'observer un cas récent chez lequel l'examen bactériologique est négatif.

WISKOVSKY (*Bratislava*). — **Le traitement de l'intoxication aiguë par la cocaïne.**

L'auteur a vérifié l'efficacité du véronalnatrîum lors de l'intoxication par la cocaïne chez les lapins.

Une injection intraveineuse de la solution de véronalnatrîum à 5 %, appliquée au moment de l'apparition de premiers spasmes, a sauvé la vie d'un lapin empoisonné par 1 et 1/2 de la dose mortelle de cocaïne injectée par la voie sous-cutanée en une solution de 5 %. Les doses de véronalnatrîum indiquées par A. Hofvendahl c'est-à-dire 0 gr. 075 de véronalnatrîum par 0 gr. 2 de cocaïne, ne suffisent pas et il faut prendre des doses au moins triples. Pour l'homme si la dose de cocaïne n'est pas connue, il serait indiqué d'injecter d'abord une dose de 0 gr. 3 d'une solution de véronalnatrîum à 5 % et de renouveler cette injection intraveineuse en cas où la première ne combattrait pas les spasmes. Il est nécessaire que les solutions de véronalnatrîum soient fraîchement préparées.

Quant à l'injection intraveineuse d'une solution de chlorure de calcium à 10 % (dose quatre fois plus grande de celle de cocaïne) elle nese montra efficace que lorsque son application était prophylactique. Appliquée simultanément avec l'injection de 1 et 1/2 de la dose létale de cocaïne ou seulement au moment de l'apparition de spasmes, elle n'empêcha point l'issue fatale de l'intoxication. Dans la pratique elle pourrait donc servir dans les cas prévus de susceptibilité exagérée de certains sujets. Il faut que les injections intraveineuses du chlorure de calcium soient pratiquées lentement.

Au point de vue théorique le chlorure de calcium qui stimule le centre respiratoire dont la cocaïne cause la paralysie, devrait être plus efficace que le véronalnatrîum dont l'influence favorable s'explique par l'affaîssement des spasmes. Cependant la réalité prouve le contraire. Les résultats obtenus avec le véronalnatrîum dans les expériences sont meilleurs sans conteste.

ZAVISKA (*Bratislava*). — **Le traitement par la pilocarpine dans l'otologie.**

S'appuyant sur ses expériences l'auteur donne les indications suivantes de la pilocarpine. Les affections de l'oreille interne au cours de l'otite moyenne catarrhale aiguë et chronique, hydropsie tympanogène du labyrinthe. Les affections aiguës de l'oreille interne d'origine endocranienne. Méningite séreuse. Hydropsie méningogène du labyrinthe.

ZAVISKA (*Bratislava*). — **Démonstration de coupes histologiques du nerf acoustique et de l'oreille interne. Coloration de gaines de myéline d'après Myslivecek.**

VYMOLA (*Prague*). — **Atrésie choanale bilatérale.**

GREIFF rappelle un cas de l'atrésie unilatérale opéré par résection sous-muqueuse de la partie dorsale du vomer.

KUTVIRT. — **Kyste hypophysaire opéré d'après Cushing.**

Dans la clinique de Kutvirt c'est le troisième cas opéré avec succès d'après Cushing — un adénome, deux kystes. Dans le cas présenté (fille de 14 ans) le kyste contenait environ 6-7 centimètres cubes de liquide épais avec cholestérine et graisse. Amélioration des signes sub-jectifs, légère amélioration de la vision. Quatre mois après l'opération l'état général ne montre aucun changement.

KUTVIRT. — **Tumeur de l'acoustique opérée par la voie translabyrinthique.**

Homme de 44 ans. Il y a sept ans on pouvait constater l'asynergie musculaire. Surdité depuis cinq ans. Depuis deux ans troubles de la vision. L'année dernière, légère amélioration après un traitement antisyphilitique suivie d'une aggravation des troubles moteurs et visuels. Le diagnostic topique fut posé il y a six mois. Tumeur située à l'angle pontocérébelleux, de la grandeur d'un marron, extirpée par morcellement. Après intervention amélioration immédiate de la motricité, de la vision et du langage.

PRECECHTEL. — **Contribution à la plastique des fistules laryngotrachéales.**

Après avoir passé en revue les méthodes plastiques recommandées jusqu'ici pour la fermeture des fistules laryngotrachéales l'auteur décrit sa propre méthode qui lui a donné dans un cas un très bon résultat.

Malade âgée de 18 ans. La trachéotomie fut faite il y a quinze années à cause d'une diphtérie. Fort rétrécissement du larynx et de la trachée. Laryngotrachéostomie. Excision du tissu cicatriciel. Dilatation d'après Moure. Après plusieurs mois il reste une fistule de 3 centimètres de long et 1-2 centimètres de large.

La fermeture de la fistule fut pratiquée en plusieurs temps.

Prélèvement d'une partie du cartilage costal (dimensions 2 centimètres sur 4 centimètres). Ce cartilage est introduit, la surface concave tournée à l'extérieur, dans une poche creusée sous la peau au niveau de la partie supérieure du sternum et fixée par quelques sutures de deux côtés.

Après quatre semaines excision du cartilage avec un lambeau cutané dont le pédicule est en haut et à gauche. Le cartilage tourné sur son bord droit est enveloppé de la peau.

Au bout de quinze jours mobilisation du lambeau contenant le cartilage qui est suturé au bord gauche de la fistule. Pendant les jours suivants la circonférence de la fistule de même que la face supérieure,



inférieure et droite de la formation cartilagino-cutanée sont découpées et réunies.

Le résultat au point de vue fonctionnel est parfait. Aucune gêne de la respiration.

Le procédé répond à tous les postulats exigés par Marshik pour la plastique des fistules laryngotrachéales. La partie implantée a un bon point d'appui, sa surface inférieure est concave, elle est recouverte aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur d'une couche épidermoïdale.

GREIF a pratiqué avec succès dans un cas de sténose laryngée la laryngofissure avec chordectomie sous-muqueuse et résection de l'apophyse vocale. Il a vu de bons résultats dans deux cas de plastique trachéale au moyen de *fascia lata*.

#### WISKOVSKY (Bratislava). — Corps étrangers des bronches et de l'œsophage.

Au cours de deux années l'auteur a observé deux cas de corps étrangers bronchiques et 11 cas de corps étrangers œsophagiens. Démonstration.

Le premier cas de corps étranger bronchique était une fève aspirée par un enfant de 2 ans dans la bronche droite. Une vingtaine d'heures après l'accident un emphysème sous-cutané et médiastinal se développa. L'extraction fut pratiquée par la bronchoscopie pérorale amenant une guérison complète en une semaine.

Le second cas concernait un détenu de 25 ans, tapissier, qui avait aspiré une aiguille de 6 centimètres de longueur, dans la bronche gauche près de la ramification du lobe inférieur. L'aspiration ne fut suivie d'aucun signe ni d'une quinte de toux, de sorte que vingt heures après l'aspiration il n'y avait en dehors de la radiographie ni signes subjectifs ni objectifs. L'aiguille fut enlevée par la bronchoscopie pérorale. Quelques jours après l'accident le détenu essaya l'aspiration volontaire d'un clou, mais n'ayant pas réussi, le clou fut avalé et sortit par la voie naturelle.

Parmi les 11 cas de corps étrangers de l'œsophage il y avait un fragment de dentier, une amande de prune, un éclat de bois plat (3 sur 2,8 centimètres), une arête de poisson, deux morceaux de viande et cinq fragments d'os dont le plus grand mesurait 4,5  $\times$  3, 1 centimètre. Parmi les malades il y avait 8 femmes et 3 hommes. Les corps étrangers étaient placés dans 7 cas juste au-dessous du détroit cricopharyngien, dans deux cas au croisement de la bronche gauche et dans les deux derniers cas dans le tiers inférieur de l'œsophage. L'éclat de bois, contenu probablement dans la pâte d'un gâteau, a été avalé par un malade âgé de 72 ans. Le malade lui-même ne savait point qu'il l'avait avalé et ce n'est que trois semaines plus tard qu'il fut soumis à l'examen endoscopique, parce qu'on soupçonnait un cancer de l'œsophage.

#### HECHT (Plzen). — Corps étranger séjournant dans l'œsophage depuis deux ans.

Une jeune fille de 19 ans a avalé il y a deux années un dentier. Le médecin consulté a déclaré après avoir pratiqué un bougirage que le

dentier fut enfoncé dans l'estomac. Pendant six mois la malade n'était pas beaucoup gênée. Après elle a souvent vomi, quelquefois du pus.

A l'œsophagoscopie on a vu le dentier à la profondeur de 20 centimètres. L'extraction n'a pas réussi, néanmoins le dentier fut désenclavé. Une nouvelle radiographie le montre au niveau du cardia. Nouvelle œsophagoscopie sans succès. Enfin le dentier fut enlevé par laparotomie. Six jours plus tard *exitus*.

A l'autopsie on a constaté une perforation de l'œsophage avec gangrène du lobe supérieur et moyen du poumon droit et médiastinite purulente.

## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGO-RHINOLOGIE

*Séance du 8 janvier 1924.*

SCHWARZ-GLOSSY. — 1) **Cas de rhino-sclérome**; 2) **Tumeur de la partie droite de la langue.**

Cette dernière est celle présentée deux mois auparavant. La biopsie a montré un épithélioma, vraisemblablement développé aux dépens d'une leucoplasie.

GENZ. — **Polypose du nez, de coloration verte.**

L'auteur ne peut dire si la couleur verte de ces polypes est due à une forme hémangiomateuse ou à une hémorrhagie intra-polypeuse.

BRÜNNER. — **Examen histologique d'un cas de paralysie récurrentielle.**

Observation très intéressante, mais qui ne se prêtant pas à un résumé, doit être lue dans l'original.

SUCHANEK. — **Hyperkératose pharyngée guérie par la radiumthérapie.**

Après échec des différents traitements, la radiumthérapie fut essayée. L'irradiation fut appliquée d'abord sur les parties latérales et postérieures du pharynx : trois séances de quinze à vingt minutes avec 50 mmg. Ra, filtre de 1 millimètre. Un mois après nouvelle séance (15 minutes, 100 milligr.) sur l'amygdale linguale.

HAJEK. — **Difficulté du diagnostic entre syphilis et cancer. Ablation totale du larynx et de la langue. Guérison.**

Le titre résume suffisamment cette communication.

HAJEK. — **Médiastinotomie exploratrice dans un but diagnostique.**

(Pour comprendre cette observation, il faut rappeler que les laryngologistes viennois et allemands appellent médiastinotomie, toute opération portant sur les loges profondes du cou).

Dans l'esprit de l'auteur, cette opération, ici préalable, a pour but de fixer la limite inférieure d'un cancer de l'œsophage cervical qu'on se propose d'enlever chirurgicalement dans un 2<sup>e</sup> temps.

H..., 55 ans ; gêne de la déglutition. Tumeur bourgeonnante commençant dans le sinus pyriforme gauche et s'étendant à l'œsophage. Paralyse récurrentielle gauche. Augmentation de volume du lobe gauche du corps thyroïde.

Médiastinotomie exploratrice : incision le long du bord du sternomastoïdien gauche ; réclinaison du corps thyroïde ; mise à nu de l'œsophage. Au palper la tumeur apparut adhérente au cricoïde. Le doigt, après décortication à la compresse, peut atteindre le bord inférieur de la tumeur et sentir la paroi élastique de l'œsophage. Tamponnement du « médiastin » à la gaze iodoformée, dans le but d'établir une barrière de tissu réactionnel, destinée à éviter la médiastinite lors du 2<sup>e</sup> temps. Dans un but analogue, on termina par une trachéostomie.

Dix jours après laryngo-hypopharyngo-œsophagectomie. On fut également obligé d'enlever une partie du lobe gauche du corps thyroïde.

Guérison opératoire. Mais au bout de quelques semaines récidive qu'on traite actuellement par le radium.

D. POE. — **Hématose du palais osseux après résection sous-muqueuse de la cloïsch.**

ИАЖЕК. — **L'évolution de nos connaissances sur les polypes du nez.**

Intéressante revue générale, à laquelle l'auteur donne comme conclusion que si les polypes peuvent avoir leur origine dans les sinus, ainsi que cela a été bien établi dernièrement, il ne faut pas oublier que leur point de départ fréquent est la muqueuse nasale elle-même, comme le veut l'opinion classique.

---

# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

---

DALE. — **Des succédanés de la cocaïne.** *Brit. Med. Journal*, 22 mars 1924, p. 511.

Propriétés de la cocaïne. — Qualités : Anesthésie les muqueuses. Action mydriatique. Anesthésie sous-cutanée et profonde par injection hypodermique, irrite ou dévitalise peu les tissus. — Nocivité : Les solutions ne peuvent être stérilisées. Elle est un toxique dangereux quand elle pénètre dans la circulation générale. Son usage peut dégénérer en cocaïnomanie. — Succédanés : Éucaïne, tropocaïne, stovaïne, atypine, novocaïne, butyne.

Au point de vue anesthésie locale, la cocaïne leur est supérieure, sauf peut-être la butyne. La novocaïne est plus rapidement détruite dans les tissus et ne pénètre pas profondément. De même la tropocaïne. La cocaïne est en effet un vaso-constricteur plus intense. Les succédanés ont une action nuisible sur les tissus environnants, plus nuisible que celle de la cocaïne. Ils peuvent être stérilisés, ils sont moins toxiques. Pour les injections intra-rachidiennes, on se sert surtout de stovaïne et de tropocaïne.

KAUFMANN (Angers).

ROBERT PIERRET. — **Les cures arsenicales en oto-rhino-laryngologie. Leurs indications et leur mode d'action.** *Paris Médical*, 19 avril 1924, p. 361.

Après avoir indiqué la teneur en sels minéraux (arsenic, bicarbonate et chlorure, soufre) des eaux de la Bourboule et de Saint-Honoré, Pierret nous montre l'utilité de n'envoyer aux eaux que les malades chroniques dont l'épine irritative aura été au préalable chirurgicalement traitée. Les eaux se boivent ou sont administrées en inhalations, pulvérisations, humages, gargarismes, douches nasales. Chaque mode a ses indications. Quels sont les malades justiciables de la Bourboule et de Saint-Honoré ? Tous les catarrheux, catarrheux du nez, du cavum, du pharynx, du larynx et de la trachée.

L'hydrorrhée nasale, les rhinites conjestives, mais surtout les catarrhes purulents sont heureusement traités dans ces stations ; l'arsenic agit non seulement sur les muqueuses elles-mêmes, mais sur le terrain, il agit comme un topique, et la radioactivité des eaux joue également un rôle sur les tissus lymphoïdes hypertrophiés.

Les laryngites chroniques, idiopathiques (striduleuses) ou catarrhales sont souvent améliorées, mais il faut se garder de soigner à la Bourboule et à Saint-Honoré, les tuberculeux, les prostatiques, les insuffisants hépatiques.

E. H.



SEMON. — **Antidote contre certains symptômes de l'arsenic, du bismuth, du mercure.** *Brit. Méd. Journal*, 12 avril 1924, p. 662.

Semon se sert d'injections intra-veineuses, de solutions stérilisées de thiosulfate de soude cliniquement pur, à la dose de 0 gr. 45, 0, 60, 0, 75 et 0, 90. 8 observations.

KAUFMANN.

MARIO GUISSANI. — **Sur l'importance de la recherche hématologique en Oto-Rhino-Laryngologie.** *L'Ospedale Maggiore*, 31 mars 1924.

Dans 4 cas d'otite moyenne purulente aiguë l'auteur a constaté une leucocytose discrète, lorsque les phénomènes aigus locaux s'accompagnaient de réaction fébrile. Au point de vue qualitatif la polynucléose neutrophile dominait légèrement. La sudanophilie était de 5 à 10 % dans 3 cas, nulle dans le quatrième. Absence complète de corpuscules purulents en circulation.

Dans 6 cas d'otite moyenne purulente chronique, la leucocytose ne dépassait pas les limites les plus élevées, données comme normales par différents auteurs. Egalement absence complète de corpuscules purulents dans le torrent circulatoire.

Dans les mastoïdites (9) les résultats hématologiques furent très inconstants. Leucocytose variant de 12 000 à 20.000 dans 6 cas. Leucocytose normale dans 3 cas. Les mastoïdites chroniques s'accompagnaient d'une très légère leucocytose mononucléaire.

Dans les abcès extraduraux (8) résultats très inconstants : 5 s'accompagnaient de leucocytose variant de 12.000 à 23.000 ; 3 autres restaient sans effet sur la formule leucocytaire.

Les complications endocraniennes graves, thrombo-phlébites septiques, abcès encéphaliques et méningites purulentes aiguës, troublent régulièrement la formule hématologique : leucocytose élevée, neutrophilie, corpuscules purulents en circulation, sudanophilie importante.

Il résulte de ces recherches que contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs (Quarelli, Bruzzzone, d'Onofrio) la formule leucocytaire de bon nombre d'affections otologiques est loin d'être constante, et qu'on ne peut, d'après simple examen du tableau hématologique, établir un diagnostic de siège et de nature. Seules les complications endocraniennes se manifestent par un trouble leucocytaire constant ; mais ce dernier, ne pouvant éclairer sur le siège même de la lésion, n'apporte au diagnostic qu'un secours relatif.

LAPOUGE.

GIROUD. — **Contribution à la stock-vaccinothérapie en chirurgie oto-péto-mastoïdienne.** *Ot.-Rhin.-Lar. Intern.*, juin 1923.

Déjà utilisée dès 1906 par Wright, elle a été très souvent employée dans les pays anglo-saxons avec des résultats souvent nuls. L'auteur rappelle le rapport de Baldenweck, Jacod et Moulouquet au Congrès international d'Otologie en 1922. Les conclusions sont peu encourageantes. C'est en otologie que la vaccinothérapie est le plus discutée, et il a paru récemment toute une série de publications.

Les stocks-vaccins sont faciles à manier. L'auteur a utilisé le stock-vaccin de Gremy pour otite, sur 12 cas avec contrôle de cas analogues soignés en même temps par les méthodes habituelles : 2 otorrhées tubaires, 2 suppurations anciennes de la caisse avec polypes, 4 otites moyennes aiguës, 4 mastoïdites. L'auteur a obtenu de bons résultats par l'assèchement dans l'otorrhée tubaire, des résultats médiocres dans les otites moyennes aiguës. La paracentèse reste nécessaire; pour les mastoïdites, la chirurgie ne perd aucun de ses droits, mais la vaccinothérapie est encore à ses débuts.

SARGNON.

**CLAUQUE. — Anatomie et histologie topographique de l'oreille du cobaye en vue de la technique microscopique et de l'expérimentation.** *Ot.-Rhin.-Lar. intern.*, mars 1924.

Il nous est impossible de donner un résumé de cet article original illustré de nombreuses figures et qu'il est nécessaire de lire dans le texte.

SARGNON.

**BILANCIONI et MARIO SILVAGNI. — Sur l'innervation de la musculature de la trompe d'Eustache.** *Archiv. ital. di otologia*. Vol. XXXV, Fasc. I, 1924.

Les recherches des auteurs ont abouti aux constatations suivantes : il y a des ganglions nerveux dans tous les muscles tubaires (péristaphylins interne et externe, palato-pharyngien). Leur forme est celle d'une poire, ils sont connexes avec rameaux afférents et efférents myéliniques qui se terminent dans les fibres musculaires. Ces ganglions auraient d'après les auteurs une part importante dans la fonction tubaire. Peut-être coordonnent-ils les mouvements particuliers du voile et du pavillon tubaire. La trompe n'échappe-t-elle pas à notre volonté ? n'est-elle point liée aux différents réflexes à peine conscients de la déglutition, du bâillement ? N'est-elle point en relation intime d'une part avec la fonction acoustique, de l'autre avec le larynx, puisque oreille et organe vocal sont en tout solidaires ? Il est donc permis de croire qu'en dehors de l'innervation classique et directe par les derniers nerfs craniens, tous ces mouvements réflexes du domaine du subconscient sont en partie coordonnés par ces ganglions nerveux intramusculaires mis en relief par les auteurs. LAPOUGE.

**W. KRAINZ. — Le revêtement des cellules mastoïdiennes.** *Zeits. f. Hals*, t. XIII, f. 1, p. 46.

Contrairement à l'opinion courante, les cellules mastoïdiennes ne sont pas tapissées d'une muqueuse. C'est un simple épithélium qui repose sur l'endoste.

**JOHN KARLEFORS. — Les espaces méningés du cervelet, les communications du IV<sup>e</sup> ventricule avec les espaces sous-arachnoïdaux, l'aqueduc du limaçon chez l'homme.** *Monographie des Acta Oto-Laryng*, suppl. IV, 1924.

Ce travail, inspiré par Barany, est une étude préliminaire sur les espaces méningés et sert de base à une étude anatomo-pathologique

et clinique sur le syndrome de Barany qui ne tardera pas de paraître bientôt. Il représente un ouvrage de 180 pages, parfaitement documenté et richement illustré de nombreuses et intéressantes microphotographies.

En neuf chapitres l'auteur expose l'historique, l'embryologie, les recherches antérieures et les siennes sur le développement du cervelet, des espaces méningés du cervelet, des trous de Magendie, de Luschka et des plexus choroïdes, du IV<sup>e</sup> ventricule, de l'aqueduc du limaçon, sur l'évolution des connaissances des espaces méningés cérébelleux, sur les méthodes de recherches.

Les premiers indices d'un développement des espaces méningés s'observent sur un embryon de 16 millimètres. Le tissu conjonctif entourant le rhombencéphale subit une légère différenciation en deux couches, l'une périphérique, très dense, la future dure-mère, l'autre interne donnent l'ébauche de l'espace sous-arachnoïdal par dissociation fibrillaire. Un espace net ne se retrouve que sur un embryon de 53 millimètres. Mais les espaces tels qu'ils existent chez l'adulte à l'exception du lac cérébello-médullaire sont seulement développés chez un fœtus de 280 millimètres. Quant aux communications, le trou de Magendie semblerait se former fin du 3<sup>e</sup> mois, le trou de Luschka fin du 6<sup>e</sup> mois. L'ébauche du premier serait produite par un amincissement de l'épithélium, celle du second par une atrophie de la paroi du recessus latéral.

Les recherches de l'auteur confirment ces constatations. Elles portent sur 100 cas ; dans 75 % les trois orifices mettant en communication les espaces ventriculaires et sous-arachnoïdaux avaient un diamètre minime de 3 millimètres. Le trou de Magendie manquait dans un cas, le trou de Luschka dans 10 cas. Dans 10 autres cas les recessus latéraux étaient cloisonnés.

Ses recherches le portent à croire que ces cloisonnements remontent à la vie fœtale, et que l'absence des trous de Luschka ne provoque nullement de l'hydrocéphalie.

En ce qui concerne l'aqueduc du limaçon, ses essais d'injection et d'aspiration restèrent vains. Il approcha de la solution par les moyens histologiques. Chez l'enfant et chez l'adulte l'espace subdural et sous-arachnoïdien, en général, remonte le long de l'aqueduc, mais il est plus étroit que dans la vie fœtale. Malgré cela il semble servir à l'échange du liquide entre les espaces méningés et le labyrinthe. La direction du courant semble se faire par analogie avec les granulations de Pacchioni, des espaces méningés vers le labyrinthe. Ce canal représenterait donc un appareil de drainage de l'espace sous-arachnoïdien et fournirait également le liquide à l'espace péri-lymphatique.

Avec les méthodes de dissection habituelles il était impossible dans une autopsie de conserver intactes non seulement les trous de Magendie et de Luschka, mais aussi les espaces méningés eux-mêmes. C'est peut-être même grâce à cette imperfection que les recherches sur l'hydrocéphalie n'aient pas fait plus de progrès.

C'est pourquoi l'auteur a imaginé une nouvelle technique d'autopsie grâce à laquelle les espaces méningés et leurs prolongements, jusqu'au labyrinthe ne subissent aucune altération. Cette méthode dont nous ne pouvons indiquer les détails, nous semble difficilement exé-

cutable chez nous en raison des grandes mutilations auxquelles elle expose les crânes. Elle consiste à enlever le cerveau et le cervelet en bloc avec les os pétreux et la base du crâne. Ce procédé permet de conserver le contact intime du cerveau avec l'os pétreux et de rechercher dans les complications endocraniennes des otites les voies qu'avait empruntées l'infection. La conservation des rapports cérébro-pétreux est enfin intéressante pour tout examen microscopique du labyrinthe qui cherche à établir les rapports avec les espaces méningés.

Dr QUIRIN.

G. TENAGLIA. — **Traumatismes de l'oreille** (22 fig. et 3 tables, 178 pages. Edit. « Dante Alighieri » Albrighi, Segati et C<sup>ie</sup>, Milano, 1923.

Ce travail inaugure la collection des mémoires d'oto-rhino-laryngologie publiée sous la direction du professeur Calamida et vient à son heure après la Grande Guerre, douloureusement fertile en traumatismes de la tête.

Le travail débute par des considérations historiques fort curieuses, remontant aux origines toutes premières de l'art médical, et finissant à nos jours. Se basant sur une bibliographie très riche, une casuistique personnelle de guerre très nombreuse, illustrée de microphotographies et de radiographies parfaites, l'auteur traite à fond le sujet pour chaque secteur de l'appareil auditif (pavillon, conduit auditif externe, membrane du tympan, caisse, trompe d'Eustache, mastoïde, oreille interne, labyrinthe).

Ces pages sont de lecture facile, et dès le début attirent et intéressent le lecteur, qui s'instruit agréablement sur un sujet fort important de la vie professionnelle médicale.

LAPOUGE.

D'ONOFRIO. — **La sensibilité gustative de la moitié antérieure de la langue dans les otites et les mastoïdites.** *Publications de la clinique O.-R.-L. de Naples*, vol. III, 1923.

Dans les otites purulentes, aiguës comme chroniques, il y a fréquemment agueusie et paragueusie de la moitié antérieure de la langue. Ces troubles du goût sont temporaires dans les formes aiguës. Ils disparaissent avec la guérison du processus inflammatoire de la caisse.

Dans les formes chroniques, avec carie des osselets, granulations de la caisse, l'hypoguesie ou l'agueusie par lésion de la corde du tympan est souvent définitive. La corde est d'ailleurs presque toujours lésée chez les opérés de cure radicale.

La méthode électrique de « Roasenda », basée sur le fait que des courants continus traversant le corps donnent des sensations gustatives spéciales, permet, dans certains cas de lésions unilatérales, de relever des différences de sensibilité gustatives, que l'examen avec les solutions variables est impuissant à déceler.

LAPOUGE (Nice).

MERER. — **Hémorragie secondaire consécutive à une mastoïdite aiguë.** *Brit. Med. Journal*, 19 avril 1924, p. 711.

Enfant de 5 ans. Ablation des végétations adénoïdes et des amygdales. Dix jours après l'opération, mastoïdite aiguë. On met à nu le



sinus latéral qui n'est pas thrombosé. Mastoïdite de Bezold — contre-ouverture cervicale — deux jours après, hémorragie profuse qui détermina presque immédiatement la mort. L'hémorragie provenait du bulbe de la jugulaire. Pas d'autopsie. KAUFMANN (Angers).

**BERTEIN. — Paralyse dissociée du nerf facial par cholestéatome latent ; intervention ; guérison.** *Oto-Rhin-Lar. intern.*, février 1924.

Le malade âgé de 21 ans a été opéré le 7 novembre 1923 de trépanation mastoïdienne, mais comme la paralysie persiste et s'accroît, on réopère le 17 novembre par évidement pétro-mastoïdien. On trouve des débris de cholestéatome dans la caisse ; le toit de la caisse lui-même est séquestré. Amélioration de la paralysie d'abord du côté de la paupière, puis rapidement tout le nerf revient. Le cas a été présenté à la Société des Sciences médicales de Lyon le 16 décembre 1923.

L'auteur signale dans ce cas la névralgie temporale tenace, l'absence de tout écoulement et de fièvre. La radiographie aurait pu rendre des services. De plus, le cholestéatome formait des foyers épars et non pas une seule masse. Au contact du foyer principal rétro et sus-antral, la paroi crânienne avait disparu.

Ces dissociations de la paralysie faciale ont été très étudiées dans la thèse de Pautet (Lyon 1889) et dans le travail de Giroud en 1923. Pour Moure (*Presse médicale*, 1916) le nerf, avant sa bifurcation terminale, serait formé de deux nerfs engainés l'un dans l'autre : facial supérieur et facial inférieur. Le facial inférieur plus superficiel serait plus facilement atteint.

SARGNON.

**PEYRE. — Mastoïdite et compression cérébrale à distance.** *Ot.-Rhin.-Lar. Intern.*, août 1923.

Chez un jeune homme de 21 ans, il a trouvé une collection hématique sous-dure-mérienne de la région sus-orbito-frontale qui est restée sept mois latente et qui s'est révélée peu après l'intervention mastoïdienne par un syndrome confus ; céphalalgie, réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien. Dans ce cas il y avait une collection hématique au niveau de la région frontale, région qui donne habituellement peu de symptômes. L'auteur donne à ce sujet la bibliographie.

SARGNON.

**J.-S. FRASER. — Thrombo-phlébite septique du sinus et du golfe de la jugulaire.** *Jour. of Laryng. Otol., Rhinol.*, vol. XXXIX, 5 mai 1924, p. 253.

C'est une statistique analytique de 26 cas de thrombo-phlébite du sinus et de 2 cas de thrombose primitive du golfe de la jugulaire, opérés entre 1907 et 1923. 7 d'entre eux avaient suivi l'otite moyenne aiguë, les autres 21 cas étaient dus au processus chronique.

La description des symptômes locaux et généraux, des signes objectifs, des trouvailles à l'opération et des complications ne nous apprend rien de nouveau.

L'auteur a obtenu sur la totalité des cas (28) 64 % de guérisons et 36 % de décès.

QUIRIN.

WILLIAM MILLIGAN. — **Le traitement chirurgical des labyrinthites suppurées et de certaines lésions non suppurées.** *Journ. of Laryng. Otol. and Rhinol.*, vol. XXXIX, 5 mai 1924, p. 245.

L'aspect clinique des affections labyrinthiques varie selon l'atteinte de l'appareil statique ou acoustique ou des deux. L'infection se fait le plus souvent par l'oreille moyenne, à la suite d'une otite moyenne chronique plus fréquemment qu'après une otite aiguë. La porte d'entrée de l'infection est dans la grande majorité des cas une érosion du canal rémicirculaire externe, donnant lieu à une labyrinthite circonscrite, alors que l'invasion par la fenêtre ovale, plus rare, entraîne généralement une labyrinthite diffuse. La nécrose externe ou partielle de la paroi interne de la caisse avec séquestration est généralement liée à une otite moyenne tuberculeuse. L'invasion microbienne vers le labyrinthe tient à un drainage défectueux (perforation insuffisante du tympan dès le début de l'otite, granulations exubérantes, cholestéatomes) on a une configuration anormale de la paroi osseuse.

L'auteur distingue trois types de labyrinthites :

- 1° La labyrinthite circonscrite ;
- 2° La labyrinthite purulente diffuse ;
- 3° La labyrinthite séreuse diffuse.

En cas d'érosion dont la présence seule ne peut être diagnostiquée qu'à l'œil nu, il ne s'en suit pas nécessairement une labyrinthite ; le seul moyen de l'éviter est de ne pas intervenir sur la paroi interne, et de créer uniquement un drainage suffisant.

Bien qu'histologiquement l'existence de la labyrinthite circonscrite soit prouvée, il est parfois presque impossible d'en faire le diagnostic, les symptômes labyrinthiques étant surtout des signes d'irritation de tout l'organe. Même si l'érosion est équivalente à une fistule, elle doit être considérée comme un *noli me tangere*. En y touchant on risquerait de transformer la lésion circonscrite en une lésion diffuse. Au contraire, dans les cas de labyrinthite purulente diffuse avec sa symptomatologie bruyante, il faut intervenir au plus vite, pour éviter une propagation vers le cerveau. Le lieu d'intervention (labyrinthe cochléaire, vestibulaire) doit être de préférence celui où semblent prédominer les symptômes surtout dans une opération précoce ; mais il faut toujours essayer de conserver le limaçon, à moins qu'il ne soit déjà détruit par l'infection. L'auteur préfère, si une labyrinthectomie totale est indiquée l'opération « en pont » à celles de West et Scott ou à celles de Hinsberg et Neumann. Les résultats sont très bons, le seul point noir est l'aqueduc de Fallope avec le nerf facial.

L'auteur termine par quelques considérations sur les labyrinthites non suppuratives, sur le syndrome pseudo-ménièreiforme. Etant donnée notre ignorance quant à leur pathogénie, il est tout naturel que nous ne possédions pas encore de traitement rationnel. Le traitement chirurgical est à conseiller si tous les médicaments ont échoué. L'auteur a opéré 26 cas sans issue mortelle, avec 40 % de suppression totale des bourdonnements et 20 % d'amélioration considérable. Dans les autres 40 % les bourdonnements semblaient devoir être attribués à une origine centrale. La technique consiste à ouvrir d'abord les

canaux semicirculaires puis le limaçon et enfin de réunir les deux brèches. Néanmoins l'opération ne doit être envisagée en raison des dangers que comme dernière ressource.

QUIRIN.

**CEMACH. — La tuberculose de l'oreille, du point de vue des recherches modernès sur la tuberculose.** *Mon. f. Ohr.*, 1924, t. LVIII, f. 5, p. 438.

Poursuivant le développement de son intéressant et volumineux travail, Cemach continue dans ce fascicule l'étude de la valeur diagnostique des recherches spéciales. (V. nos analyses antérieures dans les *Archives*). La plus grande partie est aujourd'hui consacrée à la valeur des bacilles tuberculeux dans les sécrétions auriculaires (discussion des travaux antérieurs, prélèvement de la sécrétion, traitement de celle-ci, frottis, culture, coloration), à l'examen histologique des fragments prélevés dans l'oreille, à l'inoculation à l'animal. L'auteur conclut qu'on doit attribuer à la recherche du bacille de Koch, dans les sécrétions, plus d'importance qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

**REPTO. — Surdité labyrinthique.** *Brit. Med. Journ.*, 22 mars 1924, p. 518.

M. Wagget, au congrès de Portsmouth, en 1923, a dit que bien des cas de surdité de l'oreille interne, sont peut-être des maladies de la fenêtre ronde. L'abaissement des tons élevés, un Schwaback raccourci, un Rinne positif peuvent être causés par une maladie des fenêtres.

Pour Reptö, le raccourcissement de la perception osseuse et les tons aigus seuls sont symptômes d'une surdité nerveuse. Si les tons bas sont perçus, les fenêtres ne sont pas en cause. Le labyrinthe ne perçoit pas, le cerveau seul perçoit.

Reptö propose la classification suivante :

1° Appareil de transmission : a) les vibrations sont transmises : 1° à travers les oreilles externe et moyenne ; 2° à travers les deux fenêtres ; 3° à travers le liquide labyrinthique ; b) les excitations physiologiques sont transmises : 1° par l'organe de Corti ; 2° par la 8<sup>e</sup> paire ;

2° Appareil de perception : Le cortex cérébral. KAUFMANN.

**M. KIMURA. — Contributions à l'étude expérimentale des lésions de l'oreille par excitation sonore.** *Zeitschr. f. Hülz.*, 1924, t. VIII, f. 1, p. 13.

De même que chez les cobayes, on obtient sur les souris blanches des lésions typiques, en faisant agir un sifflet élevé d'une manière brève, mais très intense et répétée tous les jours. Comme pour les cobayes, ces lésions consistent en atrophie de l'organe de Corti pouvant aller jusqu'à sa disparition complète, et en atrophie des cellules ganglionnaires et des filets cornéux. Il en est de même chez les pigeons expérimentés dans les mêmes conditions.

BENECH et GUILLEMIN. — **Tumeur du cervelet. Intervention.** Soc. de Méd. de Nancy, 26 mars 1924 in *Revue Med. de l'Est*, t. LII, p. 234.

Les auteurs montrent une jeune femme, âgée de 23 ans, qui vint à l'hôpital en présentant un syndrome cérébelleux typique avec prédominance nette des accidents du côté gauche, ce qui permit de localiser la cause des troubles à l'hémisphère cérébelleux gauche. Après examen clinique détaillé et différents examens de laboratoire, on pense à l'existence d'une tumeur, gliome ou tuberculome de la grande circonférence cérébelleuse gauche. En raison de la stase papillaire intense et de l'amaurose croissant rapidement, on décide d'intervenir immédiatement. Au cours de l'intervention, les auteurs trouvent un hémisphère cérébelleux gauche, violacé, très congestionné, sans battement. Aucune tumeur ne peut être mise en évidence. Explorant plus en avant, avant l'angle ponto-cérébelleux, on découvre un kyste séreux (méningite séreuse localisée) qui, ouvert, laisse écouler une assez forte quantité de liquide clair. Aussitôt le cervelet reprend sa coloration normale et se met à battre. On constate très nettement sur les parois méningées de ce kyste des points blanchâtres qui paraissent être sans discussion des tubercules. L'opération est alors arrêtée et se termine normalement. Quinze jours après la malade quitte l'hôpital complètement guérie. La vue est redevenue presque normale et le syndrome cérébelleux a entièrement disparu. Il persiste seulement quelques troubles de la sensibilité profonde de la main gauche d'origine mal déterminée.

Une réaction de Calmette (tuberculose) indique une déviation du complément, positive à 8 unités dans le L. C. R. et à 6 unités dans le sang. Dans le L. C. R., la lymphocytose est de 8 éléments par millimètre cube et l'albumine à 0,48.

Huit mois après l'intervention, le malade est toujours en bon état.

J. KOMPANEYETZ. — **Cas d'un kyste du lobe médian du cervelet avec conservation de la réaction typique de la chute.** *Journal des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 10. I. 1924, nos 1-2 (Ekaterinaslaw).

L'auteur cite un cas de kyste du lobe moyen du cervelet, confirmé par l'autopsie. Le malade, un soldat, se plaint du vertige, de la céphalée et de troubles de l'équilibre surtout pendant la marche. Tous ces événements se sont développés il y a deux mois après un processus fébrile dont le caractère ne put être défini. Le malade se tient debout difficilement, vacille et éprouve à la marche un entraînement latéral aussi bien les yeux ouverts que fermés. Pendant l'épreuve de Romberg, tendance à la chute à gauche et en arrière. La percussion du crâne décèle une zone douloureuse dans la région occipitale. Réactions de la papille satisfaisantes mais à l'ophtalmoscope on constate de la stase papillaire. Nerf cochléaire droit, surdité complète (assourdisseur de Barany); nerf cochléaire gauche, normal. Nerf vestibulaire droit, absence de nystagmus après l'injection de l'eau froide et la galvanisation; après la rotation, la tête en position droite, —



postnystagmus (lunette à verre dépoli) qui dure après la rotation à droite, 22 secondes, après la rotation à gauche, 18 secondes. Pas de nystagmus spontané.

Après la rotation à droite, la tête inclinée environ à 90°, on observe le nystagmus rotatoire à gauche et la chute à droite c'est-à-dire dans la direction du bradynystagmus. La tête tournée à gauche, le malade tombe en avant, à droite, en arrière. Or, la chute du malade correspond aux lois de la chute d'un sujet ayant un vermis du cervelet normal.

Epreuve de l'index : nystagmus rotatoire gauche : l'index gauche dévie à droite, l'index droit ne dévie pas ; nystagmus rotatoire à droite ; l'index gauche dévie à gauche, l'index droit ne dévie pas.

Ainsi l'auteur se basant sur la méthode d'examen de Barany a conclu que le vermis du cervelet n'a pas été lésé et que les symptômes cérébelleux et ceux du côté du nerf auditif peuvent être expliqués par la présence d'une tumeur siégeant dans l'angle ponto-cérébelleux.

Le malade décéda subitement.

A l'autopsie on trouva au lobe moyen du cervelet un kyste ayant une forme sphérique environ 3 centimètres de diamètre. Le kyste avec un contenu sanieux s'étendait en bas dans la direction du vermis inférieur et du côté droit dans l'hémisphère droit cérébelleux qui en comparaison avec l'hémisphère gauche paraissait aplani et comprimé. Le nerf auditif macroscopiquement sain.

Selon l'avis de l'auteur le cas présente un phénomène paradoxal : lésion du vermis avec conservation simultanée de la dépendance de la direction de la chute avec l'orientation de la tête ; quoique le vermis fut lésé, le sens de la chute se modifiait par l'orientation de la tête.

D<sup>r</sup> ALEXANDRE BÉLIAYEFF.

**CHAVANNE. — Les accidents réflexes post-opératoires en rhinologie.** *Ot.-Rhin.-Lar. intern.*, avril 1924.

L'auteur revient sur cette question à propos d'une communication du professeur Barré dans la *Revue d'Oto-neuro-oculistique* de janvier 1924. Il s'agit d'un homme de 45 ans dont l'ablation de polypes du nez a amené des céphalées et des crises de pseudo-asthme.

Dans l'article écrit par lui dans le *Précis des Maladies de l'Oreille et du Nez* de Lannois, l'auteur rapporte une série de cas de réflexes pareils à la suite d'interventions nasales qui peuvent se résumer ainsi : 1° accidents réflexes exagérés par une intervention nasale ; 2° accidents réflexes créés par une intervention nasale, qui peuvent être post-opératoires immédiats ou post-opératoires tardifs. SARGNON.

**D'ONOFRIO. — Etude anatomo-pathologique du cornet inférieur hypertrophique.** *Publications de la clinique O.-R.-L. de Naples*, vol. III, 1923.

On peut distinguer trois formes principales d'hypertrophie du cornet inférieur : diffuse, papillaire, et conjonctivale. Elles ne sont d'ailleurs que les principales étapes d'une transformation progressive de la muqueuse.

Il y aurait d'abord congestion avec augmentation des follicules lymphoïdes et destruction partielle de l'épithélium, puis dans une période plus avancée, épaississement de l'épithélium, hyperplasie des glandes, néoformations vasculaires et conjonctives; enfin dans une dernière période, phénomènes cicatriciels, le tissu conjonctif devenant fibreux. L'épithélium a dégénéré.

L'hypertrophie polypoïde est une dégénérescence de la muqueuse. La sécrétion cellulaire varie avec le type de l'hypertrophie, dans la diffuse il y a hypersécrétion, dans la papillaire hyposécrétion, dans la conjonctive, absence de sécrétion par disparition presque complète des glandes.

LAPOUGE (Nice).

**CHAVANNE. — Constatation de la dualité clinique de la rhinite atrophique à l'occasion de 372 cas.** *Oto-Rhin.-Lar. Intern.*, août 1923.

L'auteur rappelle l'important rapport de Fernandez, et Dewatripont, en 1923, sur l'enquête générale sur l'ozène. L'auteur constate que : 1° Il n'a pas observé d'augmentation ni de diminution sensible des cas d'ozène en un certain nombre d'années ; 2° il y a plus de cas d'ozène dans la classe ouvrière que dans la classe bourgeoise ; 3° il n'a pas constaté de faits de contagion ; 4° il a constaté assez souvent des cas familiaux ; 5° les infections sinusiennes quand elles existaient, ce qui n'était pas la règle, sont apparues comme une complication et non comme une cause ; 6° la prédominance pour la femme est de 75 % ; 7° le début le plus précoce constaté est un cas de 4 ans et deux de 6 ans.

Il y a deux formes cliniques bien distinctes : l'ozène atrophique simple avec atrophie surtout du cornet inférieur, des croûtes peu fétides, et l'ozène pur très fétide. Sur ces 372 observations, 70 cas appartenaient à la rhinite atrophique simple ; 113 à l'ozène pur, soit 30 %. La rhinite est peu ou à peine marquée du côté où se trouve une déviation de la cloison : 70 cas sur 259.

L'avenir est aux recherches de laboratoire. Ce travail a été communiqué à la Société belge d'O.-R.-L. le 4 juillet 1923. SARGNON.

**HUTTER. — Traitement de l'ozène par des vaccins antiozéneux polyvalents.** *Mon. f. Ohr.*, t. LVIII, 1924, f. 5, p. 394.

15 cas, dont le premier remonte à 1914, les derniers à cette année. Quoique l'auteur trouve la vaccination très efficace, la lecture de ses observations laisse moins d'enthousiasme.

Il semble qu'il y eut surtout des améliorations, notamment en ce qui concerne la fétidité — et cela est, il est vrai, déjà quelque chose. — La production de croûtes paraît moins influencée, et l'atrophie encore moins.

D'autre part l'auteur n'ayant pas eu de résultat dans la vaccinothérapie des rhinites atrophiques non ozéneuses, conclut que ses résultats sont en faveur de la spécificité du bacille de Perez (?).

**D<sup>r</sup> B. LIBINSON.** — **Le traitement chirurgical de l'ozène.** *Journal des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1924, nos. 3-4 (Ekaterinaslaw).

L'auteur fait un bref aperçu des différents procédés du traitement chirurgical de l'ozène. Il mentionne le procédé de Wittmaack, de Flatau, celui de paraffinothérapie (Moure et Brindel), de Stuetz, Schoenstad, Biermaan-Béra et enfin de Lautenschlaeger avec les modifications de Halle, Hinsberg et Kahler. Le procédé de Lautenschlaeger-Halle appliqué par l'auteur dans sa pratique est surtout préconisé par l'auteur.

**D<sup>r</sup> BELIAYEFF.**

**L. COMENDANTOFF.** — **L'importance des cavités nasales supplémentaires pour l'organisme.** *Journal des maladies de l'oreille, du nerf et du larynx*. 10. 1. 1934, nos 1-2. (Ekaterinaslaw).

L'auteur expose brièvement les différentes théories expliquant le rôle de ces cavités : a) diminution du poids du squelette du crâne (Chiari); b) réchauffement de l'air inspiré (Zenchxa); c) humification de l'air inspiré et production de mucosités qui sortent sur la muqueuse nasale par les voies naturelles; d) les cavités jouent le rôle d'un résonateur; e) les cavités améliorent la fonction de l'appareil de l'odorat (P. Mink); et démontre l'insuffisance de toutes ces théories. En se basant sur les données histologiques du développement de ces cavités et sur la statistique de quelques auteurs (Emmighans et Billiet, Bettencour et Fronca) concernant la fréquence de la méningite cérébro-spinale qui montre que la méningite est beaucoup plus fréquente chez les enfants âgés de moins de 14 ans chez lesquels le processus de pneumatisation des cavités n'est pas encore accompli; l'auteur émet son opinion que le rôle principal des cavités est de créer des conditions moins favorables pour la propagation par continuité de l'infection de la cavité nasale sur les organes adjacents.

Tant que le processus de la pneumatisation des cavités n'est pas encore fini, tant que les cavités sont encore remplies d'un tissu myxoïde friable et que les parois osseuses contiennent beaucoup de moelle rouge, il existe des conditions particulièrement favorables pour que les différents processus inflammatoires provoqués par la pénétration des germes pathogènes de la cavité buccopharyngée se développent aisément et soient extrêmement tenaces. Ces conditions expliquent la fréquence et la ténacité des maladies et de ses cavités chez les enfants. Chez l'adulte le tableau est tout autre : les cavités sont devenues pneumatiques, les os des parois contiennent peu d'éléments actifs, sont couverts de périoste, l'intérieur des cavités est couverte d'épithélium muqueux. Dans ces conditions un processus inflammatoire surgi au voisinage a beaucoup moins de chances d'envahir les cavités.

**D<sup>r</sup> ALEXANDRE BÉLIAYEFF.**

**GAILLARD.** — **Abaisse-langue électrique démontable et stérilisable pour l'éclairage du sinus maxillaire.** *Ot.-Rhin.-Lar. intern.*, sept. 1923.

Le modèle que l'auteur a fait construire est composé de deux parties indépendantes : l'une abaisse-langue ordinaire, l'autre un tube

porte-lumière qui se fixe au premier par 2 tenons. Des photographies expliquent l'appareil.

SARGNON.

**P.-M. ALBERNAZ. — Antrite maxillaire chez l'enfant.** *Journal des Clinicos*, n° 4, 29 février 1924, p. 56.

Les rhinologistes ne sont pas d'accord sur la fréquence de l'antrite maxillaire chez l'enfant. Tandis que la majorité des auteurs la juge très rare (Braden Kyle, Guisez, Hajek, Weill, etc.), un certain nombre de spécialistes, surtout Américains, la considère très fréquente (Byfield 14 %, Wallace Dean et Armstrong 15 %). L'auteur croit qu'on doit en rester à la moyenne, quoiqu'il n'ait rencontré qu'un seul cas dans six années de pratique.

Le cas rapporté est très curieux. Un confrère lui adresse un enfant de 3 ans 1/2, qui, après une fluxion dentaire violente, a mouché du pus très fétide. On le renvoie au dentiste et on vient à apprendre que la première grande molaire de la dentition caduque est percée d'une carie qui occupe deux tiers de la surface triturante de la couronne. C'est une dent dont le volume et la profondeur des racines sont anormaux ; la racine palatine pénètre dans l'intérieur de l'antrite. Au retour, l'auteur pratique par l'alvéole un lavage au sérum physiologique stérilisé ; quelques flocons de pus fétide sortent dans le liquide.

Deux radiographies, une de face, une autre de profil, montrent, la première : le développement remarquable des autres maxillaires, la deuxième : la position intra-osseuse de la première grande molaire permanente, dans un plan plus élevé de quelques millimètres que les autres dents incluses.

Comme conclusion, l'auteur rappelle, en dehors des causes connues (rhinites ; amygdalites, surtout de Lushcka ; affections osseuses de la mâchoire), la possibilité, très rare, d'ailleurs, d'une dent anormale comme cause d'antrite maxillaire chez l'enfant.

**HAJEK. — Mucocèle fronto-ethmoïdale droite. Opération endonasale. Guérison.** *Mon. fir. Orh.*, t. LVIII, 1924, f. 5 p. 389.

La radiographie ayant montré que sinus frontal et ethmoïdal ne formaient qu'une seule cavité, autrement dit que toutes les cloisons intercelluleuses étaient résorbées, Hajek pratiqua la résection du cornet moyen ; ce qui évacua une grande quantité de liquide chocolat. Les bords de l'ouverture furent agrandis légèrement à la pince-gouge. La sonde tomba dans une vaste cavité lisse. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison, c'est-à-dire disparition de la masse extérieure, pas de sécrétions par le large orifice de communication entre la vaste cavité et le nez.

**WALTER G. HOWARTH. — Un cas de mucocèle du sinus frontal causé par un volumineux ostéome.** *Journal of Laryng. Rhinol. Otol.*, vol. XXXIX, 5 mai 1924, p. 265.

Chez un homme de 38 ans ayant déjà subi plusieurs interventions pour des polypes des fosses nasales, survinrent au bout de quelques



années, des douleurs dans la tête et dans l'œil gauche avec déplacement inféro-latéral et légère ptose de la paupière. La radiographie donnait une opacité nette du sinus frontal et du labyrinthe ethmoïdal gauche ; on posa le diagnostic d'ostéome que confirma l'intervention ; l'ostéome une fois enlevé, on trouve le sinus frontal rempli d'une substance visqueuse, verdâtre ; la tumeur semblait s'être développée sur la paroi inféro-antérieure du sinus frontal et l'avoir obturé complètement. La muqueuse recouvrant l'ostéome était polypoïde.

A. QUIRIN.

**GAILLARD et ROLLET. — Notes sur quelques points de l'anatomie du sinus sphénoïdal et en particulier sur sa vascularisation.** *Oto-Rhin-Lar. intern.*, octobre 1923.

L'étude a porté sur quinze pièces fraîches et un certain nombre de bases du crâne sèches, qui ont été sectionnées sur différents points. Comme particularité importante à signaler, c'est parfois l'absence des deux sinus sphénoïdaux.

Ils divisent, comme Berthèmes, les sinus en sinus pré-sellaires (10 % des cas), en sinus sous-sellaires (42 % des cas), et en sinus sous et rétro-sellaires atteignant ou dépassant les apophyses clinoides postérieures (48 % des cas). En somme les grands sinus sont fréquents.

Les prolongements sont fréquents dans ces grands sinus ; prolongement des petites ailes et des clinoides antérieures (14 cas), prolongements alaires et ptérygoïdiens (12 cas). Les cloisons intersinuales existent dans tous les cas ; elles sont le plus souvent sensiblement médianes ; dans 32 % des cas elles sont très asymétriques. Parfois un sinus est complètement enclavé dans l'autre qui peut être en rapport avec les deux nerfs optiques. L'ostium sphénoïdal est toujours à la partie haute de la paroi antérieure.

L'étude de la vascularisation est assez difficile. Les artères viennent de la sphéno-palatine de la ptérygo-palatine et de la vidienne, et aussi de l'ethmoïdale postérieure. Les veines correspondent aux artères et unissent le réseau sous-muqueux au plexus ptérygoïdien et pharyngé. Les auteurs notent la participation intime du système ophtalmologique à la vascularisation sphénoïdale.

Ils n'ont pas étudié la question des lymphatiques.

SARGNON.

**L. BALDENWECK. — Névrites optiques et sinus postérieurs.** *Revue oto-neuro-oculistique*, n° 3, mars 1924.

Baldenweck essaye dans un article fort clair de mettre au point la question si importante à l'intervention chirurgicale sur les sinus postérieurs au cours des névrites optiques.

Se basant sur sept belles observations personnelles, il divise d'abord son sujet en trois chapitres, les sinus sont nettement en voie de suppuration ou ont suppuré auparavant d'une façon patente ; 2° il n'y a pas de sinusite mais une modification de la muqueuse au niveau des méats moyens ; 3° les sinus et le nez sont normaux.

Les lésions oculaires sont-elles bilatérales, il faudra songer d'abord aux lésions endocraniennes, et, en désespoir de cause s'attaquer au sphénoïde par la seule voie qui ouvre une large brèche à la fois des deux côtés, la voie transseptale de Ségura-Hirsch. Les lésions sont-elles unilatérales et l'origine sinusienne nette, il ne faut pas attendre trop longtemps l'effet d'un traitement antisypilitique ou la guérison par l'ablation du cornet moyen, mais intervenir directement sur l'ethmoïde et le sphénoïde soit par voie externe soit par un Ségura-Hirsch.

L'origine encéphalique est-elle seulement possible ou bien la névrite rétro-bulbaire est-elle d'origine infectieuse, l'abstention s'impose. Mais il existe des cas douteux et naturellement des cas d'espèce. Après une courte période d'observation (10 à 12 jours) où tous les examens auront été pratiqués, Baldenweck est d'avis d'opérer, mais d'opérer par étapes : ablation du cornet moyen puis ouverture des sinus postérieurs par voie endonasale et surtout par voie transseptale. Comment agit l'intervention ? Si la réaction sinusienne est certaine, le lien qui l'unit à la complication oculaire est trop patent pour qu'il soit nécessaire d'insister. Le nerf, dont la gaine était sans doute étranglée par des lésions d'œdème ou d'inflammation, retrouve sa liberté et l'intervention amène une guérison rapide.

Mais si la réaction sinusienne est incertaine ou nulle, le problème est plus complexe. La sinusite a pu guérir et la névrite toxi-infectieuse continuer à évoluer. L'inflammation sinusienne a pu être simplement congestive, comme dans la sinusite frontale douloureuse mais « l'aération du sinus » ne peut, pour Baldenweck, expliquer la guérison de la névrite optique. D'autant plus que le trajet intrasinuso sphénoïdal du nerf optique est vraiment une exception.

Il faudrait voir dans l'étiologie de la névrite une origine circulatoire et le rétablissement d'une pression normale dans le sinus amènerait un retour normal de la circulation péri-nerveuse.

Le sinus est-il absolument sain, comment l'opération agit-elle ? Non, par saignée et décongestion, mais par action directe sur le ganglion sphéno-palatin et le système sympathique rétro-nasal, soit de la cocaïne et de l'adrénaline soit par destruction des terminaisons nerveuses qui retentissent sur le nerf optique voisin.

Aussi faut-il persévérer dans la tendance opératoire des névrites rétro-bulbaires et ne pas trop se laisser décourager par les insuccès ou par les guérisons spontanées, malheureusement trop rares.

E. HALPHEN.

**GORIS. — Sur 4 cas de névrite optique d'origine extra-orbitaire.** *Oto-Rhino-Lar., intern.* Juillet 1923.

Ces cas ont été communiqués à la Société belge d'Oto-Rhino-Laryngologie en juillet 1923. L'auteur conclut qu'il ne faut pas aller d'emblée aux procédés mutilants par voie externe, que dans l'immense majorité des cas il n'y a pas de lésion visible dans le nez, car il parle des lésions latentes et non des lésions franchement suppuratives. Il croit comme Sargnon qu'il faudra surtout réséquer le cornet moyen

pour se frayer du jour, et au besoin de permettre l'exploration de l'ethmoïde et du sphénoïde.

Voici sa ligne de conduite : 1° S'il n'y a pas de lésion manifeste de l'endo-nez, ablation à l'anse du cornet moyen ; en cas d'échec résection du cornet moyen pour aborder les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal ; 2° s'il y a lésion des sinus, application des techniques relatives aux suppurations sinusales. SARGNON.

**SARGNON. — Sinusites latentes postérieures et lésions du nerf optique.** *Journal de Méd. de Lyon*, mai 1924.

Dans cet article qui est en quelque sorte une revue générale, une mise au point de la question au point de vue clinique et opératoire, l'auteur insiste tout particulièrement sur une thérapeutique chirurgicale sans gravité, la résection habituelle du cornet moyen, surtout dans sa partie postérieure, opération qui lui a maintes fois donné de très beaux résultats d'amélioration et de guérison.

Voici, d'ailleurs, les conclusions de cet article :

« Les lésions inflammatoires latentes des sinus postérieures donnent plus souvent que les formes suppurées vraies des complications optiques, notamment la névrite optique rétro-bulbaire et plus rarement la papillite avec ou sans hémorragies. Les rapports anatomiques intimes du nerf optique avec le sinus sphénoïdal et la dernière cellule ethmoïdale postérieure expliquent ces complications bien mises en lumière, surtout depuis quelques années.

« Sur 9 cas que nous avons traités et observés, pour la plupart par chirurgie endonasale, nous avons 4 cas bilatéraux et 5 cas unilatéraux, avec 7 bons résultats sur 9 ; nous ne tenons pas compte de nos tout derniers cas encore trop récents.

« Les complications optiques, surtout la névrite optique rétro-bulbaire, sont assez souvent dues aux lésions infectieuses de voisinage, notamment aux sinusites postérieures latentes, dans la proportion, d'ailleurs discutée, d'environ 30 % des cas. Pour certains auteurs, la plupart de ces névrites seraient dues à la sclérose en plaques, sans parler bien entendu des nombreux cas d'origine syphilitique ou éthylique. Les gros cornets, les déviations de cloison, en gênant le drainage du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal, jouent un rôle important.

« Les signes oculaires se caractérisent notamment, comme dans toute névrite optique rétro-bulbaire, par le scotome paracentral et central, par des douleurs péri-oculaires ; les signes du nez sont très minimes et difficiles à rechercher, ce sont surtout des petits signes de congestion et d'inflammation de la région nasale postérieure.

« Le pronostic de ces complications optiques sinusiennes est variable ; les unes guérissent sans intervention ; pour d'autres on peut intervenir avec succès. Il s'agit de drainer le carrefour ethmoïdo-sphénoïdal par la résection surtout postérieure du cornet moyen, opération inoffensive qui donne habituellement de très beaux résultats de guérison ou d'amélioration. D'autres auteurs, considérant surtout que le sphénoïde est en cause, ouvrent les deux sinus sphénoï-

« deux, par voie nasale transseptale, méthode qui donne aussi de très  
 « beaux succès, mais qui constitue une véritable intervention. Les  
 « cas de lésion d'origine douteuse ou indéterminée et qui ont résisté  
 « au traitement médical peuvent être opérés par des moyens simples  
 « et inoffensifs, comme la résection partielle ou totale du cornet  
 « moyen, de préférence à froid ».

*L'auteur.*

**BOURGUET. — Quelques réflexions au sujet de la prétendue guérison chirurgicale des névrites rétro-bulbaires par l'ouverture des sinus postérieurs sans pus. *Ol.-Rhino-Lar. intern.*, avril 1924.**

Ce travail est basé sur 5 cas observés par l'auteur et opérés par la résection sous-muqueuse prolongée suivant la méthode de Kilian-Hirsch-Ségura. L'auteur rapporte aussi tout particulièrement les statistiques de Weil, de Lenoir et de Chalioud, qui sont peu favorables à l'opération. L'auteur conclut que l'ouverture des sinus postérieurs sans pus ne peut amener la guérison de la névrite rétro-bulbaire aiguë, qui guérit sans aucun secours chirurgical. Dans deux de ces cas, elle n'a pas empêché la vision de baisser.

L'auteur incrimine surtout comme cause de la névrite optique rétro-bulbaire, le rétrécissement du canal optique dans l'intérieur duquel passe le nerf optique. Si l'ostéo-périostite guérit, la névrite guérit ; si elle persiste le scotome ne disparaît pas et les troubles visuels augmentent. Aussi quelques auteurs, comme Schlosser et Hildebrand, ont proposé un agrandissement chirurgical du canal osseux. Il y aurait donc à chercher, d'après l'auteur le dégagement du nerf en faisant sauter une partie de ce canal, soit par voie orbito-sphénoïdale, soit par voie endocranienne.

*SARGNON.*

**STAWRAKI (Kiew). — A propos des rapports entre les lésions du nerf optique et les maladies des cavités nasales. *Journal des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 10, I, 1924, nos 1-2 (Eka-terinoslaw).**

En constatant que la littérature médicale russe souffre de pénurie de travaux concernant la question des rapports entre les névrites optiques et les sinusites postérieures, — question qui par son importance occupe pour le moment beaucoup d'éminents oto-rhino-laryngologistes de l'univers, — et en expliquant cette pénurie d'une part par l'absence de collaboration des laryngologistes avec les cliniques ophtalmologiques et d'autre part par manque de connaissance suffisante, — et cela grâce à l'isolement russe, — que l'absence de suppuration et des lésions macroscopiques n'est pas encore preuve de l'absence de toute lésion sinusienne, l'auteur fait un aperçu de l'histoire de ladite question, en citant les noms de Beer (1817), de Juenken (1832), de Bergeret Fyrmann (1886), d'Onodi, de Paunz, Birch-Hirschfeldt, Hayem, Kilian etc. (1906-1908 et plus tard). L'auteur donne quelques indications sur les rapports anatomiques du nerf optique avec le sinus sphénoïdal et la dernière cellule ethmoïdale et fait mention des lésions bilatérales et contra-latérales de la vue dans les cas des sinusites pos-



térieures décrites dans la littérature : cas de Glegg et Hay hemianopsie bi-temporale, comme suite de l'empyème des cellules ethmoïdales droites, guérie complètement par opération ; cas de POLLATREK — guérison d'un cas de papillite double par l'opération des sinus sphénoïdal et ethmoïdal gauches ; cas de HALSTEAD — cécité de l'œil gauche avec sinusites maxillaire, sphénoïdale et ethmoïdale droites, guérie par opération ; cas de VAN-DER-HOVEN — la névrite rétrobulbaire double traitée sans résultat du côté gauche, a été guérie par l'opération des sinus postérieurs du côté droit ; les cas de BAUMGARTEN qui signale que les lésions bilatérales du nerf sont assez fréquentes en cas de sinusites unilatérales et qui sur 17 cas opérés par lui a atteint dans 3 cas la guérison complète par l'opération seulement d'un côté ; travaux de STENGER qui sur 18 cas a observé dans 8 cas la névrite bilatérale avec polysinusite unilatérale et ceux de KRASSING qui a fait les mêmes observations dans 3 cas sur 6.

L'auteur se joint aux conclusions d'ONODI qui par ses préparations (11 cas) démontra que les lésions bilatérales et contralatérales de la vue en cas de polysinusite d'un côté peuvent être expliquées par les rapports anatomiques : développement asymétrique des sinus sphénoïdaux dont un peut être rudimentaire et dont l'autre extrêmement développé peut envahir même le canal optique du côté opposé. Les cellules ethmoïdales postérieures peuvent aussi en se développant exagérément atteindre le nerf optique du côté opposé et même la *fissura orbitalis superior* et le trou rond (*foramen rotundum*).

Ayant fait un aperçu des rapports anatomiques entre le système veineux des cavités et celui de l'orbite, l'auteur passe à la pathologie des cavités et pose la question : quels processus de cavités peuvent s'étendre sur l'orbite ?

Ce sont non seulement les processus d'origine infectieuse avec épanchement franchement purulent, mais aussi les processus inflammatoires catarrhaux sans formation de pus et qui dépendent de l'obstruction des ostiums des cavités. Puis il y a des processus qui peuvent agir mécaniquement sur les parois de l'orbite et sur le nerf optique. Ce sont les cas des mucocèles, de l'hydropisie des cavités et de différentes tumeurs. Les processus inflammatoires purulents et non purulents sont les plus fréquents et par conséquent les plus importants.

En ce qui concerne le caractère des lésions de l'orbite, on observe ou la lésion du contenu de l'orbite excepté le nerf ou la lésion du nerf seul ou enfin tous les deux peuvent être lésés. Selon l'avis de l'auteur la sinusite frontale se complique plus fréquemment de lésions de l'orbite sous forme de périostite, d'abcès sous-périostés et même parfois de phlegmon de l'orbite ; les lésions du nerf optique sont relativement rares même en cas de sinus frontaux situés très en arrière ; les lésions contralatérales ont lieu surtout en présence des cavités asymétriquement développées. Par rapport à la fréquence des lésions de l'orbite la deuxième place revient aux sinusites maxillaires et la troisième aux affections des cellules ethmoïdales. Ce sont les sinusites sphénoïdales qui provoquent principalement les lésions du nerf optique ; par contre les lésions d'autres parties de l'orbite sont rares.

L'auteur reproduit les statistiques concernant les rapports entre les névrites et les affections des sinus ; il note un grand pourcentage d'empyèmes sinusiens au cours desquels on pouvait constater la névrite et même le début de l'atrophie du nerf optique tandis que les malades ne se plaignaient pas d'affaiblissement de vue. PIFFL sur 36 cas de névrite rétrobulbaire trouva dans 7 cas l'affection des sinus. De KLEYN examinait la vue de tous ses malades d'empyèmes du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales postérieures et trouvait toujours les signes d'un début de névrite. WALLIS EVDN dans 90 % des pansinusites observa la diminution du champ visuel et en cas d'affections aiguës des sinus sphénoïdaux un scotome central. M<sup>me</sup> MARKBREITER en examinant la vue d'un grand nombre d'empyèmes latents des sinus sphénoïdaux constata que dans 70 % des cas le champ visuel a été changé quoique l'acuité de la vue et le fond de l'œil fussent normaux. ROSENBERG et BONN sur 40 cas de sinusites purulentes ont trouvé dans 17 cas la diminution du champ visuel. Mais il y a aussi des statistiques contraires ; par exemple HENKEL sur 20 cas d'empyèmes du sinus sphénoïdal n'a jamais trouvé de changement du champ visuel, HENRICI et HAEFFNER sur 37 cas de sinusites n'ont pas trouvé dans 36 cas de changement de champ visuel. Mais ce travail a été fait encore en 1904 quand on ne connaissait pas le procédé de BJERRUM pour l'examen de vue.

L'auteur pense que les laryngologistes en examinant chaque jour beaucoup de sinusites sont obligés de reconnaître qu'il leur arrive rarement de voir le pus des sinus sphénoïdaux et qu'on reçoit l'impression que l'empyème de ces sinus est rare. La statistique d'autopsies prouve le contraire. FRAENKEL sur 146 cas d'autopsies trouva le sinus sphénoïdal malade dans 63 cas c'est-à-dire dans 40 %, HARKL encore plus. De KLEYN et STENWERS sur 360 autopsies trouvèrent l'empyème du sinus sphénoïdal dans 35 cas et l'empyème des cellules ethmoïdales dans 18 cas.

Cette différence entre les données cliniques et anatomopathologiques s'explique par les petites quantités de pus et aussi par le fait que ce pus s'élimine dans le pharynx en donnant le tableau clinique de pharyngite. Chez les malades opérés il n'est pas rare de constater que les lésions macroscopiques des cavités sont minimes, qu'il n'y a pas de pus et que seulement la muqueuse est hyperplasiée. De KLEYN, MILLER, NEUMANN, FREER et BEDDER insistent sur ce fait que ces épaississements de la muqueuse de la cavité avec une quantité minime de pus sont surtout dangereux pour le nerf optique. A présent il est incontestable que les lésions du nerf optique ont lieu plus souvent en absence des processus suppurés dans le nez et même en absence de tout symptôme de maladie du nez et l'effet rapide qu'on obtient par des petites opérations : ablation du cornet moyen hypertrophié ou de la bulbe ethmoïdale hyperplasiée, ayant pour but d'ouvrir les cavités macroscopiquement intactes prouve qu'il existe un rapport entre le fonctionnement anormal de la cavité et la névrite : cas de SCHNELLER, QUIX, BAUMGARTEN et GUTTMANN qui ont observé une amélioration rapide de la vue après les susdites opérations. Puisque Baumgarten refuse d'expliquer comment une névrite peut tirer son origine d'une anomalie relativement insignifiante du nez (hypertrophie de la bulbe

ethmoïdale ou du cornet moyen), l'auteur reproduit les idées de Stenger qu'il a exposées dans un travail antérieur.

L'essentiel des idées de Stenger est que la névrite optique provient de la propagation du processus inflammatoire de la muqueuse du nez à la muqueuse des cavités postérieures. Cette propagation est favorisée par les défauts de la structure anatomique du nez (bulle ethmoïdale hyperplasiée et cornet bulleux, concha bullosa etc.), qui provoquent une ventilation insuffisante des cavités. Il suffit d'une tuméfaction catarrhale de la muqueuse pour que le méat moyen et les trous des cavités postérieures soient totalement obstrués : production de vacuum sinus de Slüder. La ventilation normale du système aérien des cavités devient impossible et il résulte une inflammation catarrhale (non suppurée) avec œdème inflammatoire des tissus adjacents. Stenger démontre que les symptômes du côté du nerf optique seraient tout autres si le processus était aigu, suppuratif ; dans ce cas on devrait avoir des manifestations ressemblant à celles de la méningite. Mais puisqu'on ne trouve pas des symptômes de stase en forme de papille étranglée il est indubitable qu'il s'agit d'une pression sur le nerf ou sur sa partie importante (le faisceau papillomaculaire). C'est seulement ainsi qu'on peut expliquer l'effet rapide des opérations endonasales.

Conformément au susdit Stenger, qui dans tous ses cas trouvait les sinus sphénoïdaux de petite dimension et les cellules ethmoïdales s'étendant très en arrière, l'auteur considère les cellules ethmoïdales postérieures, intimement liées avec l'orbite et surtout avec le canal du nerf optique, comme ayant la valeur principale dans les névrites, tandis que le sinus sphénoïdal a une importance secondaire.

Pour conclure, l'auteur décrit deux cas de névrites rétrobulbaires opérés avec succès par lui.

Le premier cas concerne une femme âgée de 20 ans, malade d'atrophie des nerfs optiques surtout du côté droit depuis une douzaine d'années. Bordet-Wassermann négatif. L'œil gauche étant en meilleur état l'auteur essaye auparavant le curettage du labyrinthe ethmoïdal gauche par voie endonasale avec résection du cornet moyen. Une forte déviation à gauche de la cloison et syncope de la malade empêchèrent d'ouvrir le sinus sphénoïdal. Dix jours après trépanation par voie externe. Amélioration légère. Deux mois et demi plus tard opération du côté droit. Amélioration importante de la vue du côté droit ; l'acuité visuelle de l'œil gauche reste sans changement.

Selon l'avis de l'auteur le cas est intéressant : a) comme preuve que le succès n'est pas exclu même dans les cas d'atrophie des nerfs assez prononcée ; b) par le fait que la vue s'est améliorée du côté droit, l'œil plus attaqué et que l'auteur n'espérait même pas sauver.

Le second cas concerne une malade de 25 ans : abaissement aigu de la vue ; céphalée ; à eu il y a deux semaines un rhume sec sans écoulement. Bordet-Wassermann négatif. L'examen du nez ne donne rien d'anormal ; cloison non déviée par d'hyperplasie des cornets. Trois semaines après le début de la maladie opération endonasale : résection du cornet moyen, curettage des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus-sphénoïdal. Pas de pus, pas d'épanchement séreux. Deux jours après amélioration importante de la vue : la malade marche sans guide et dit qu'elle voit très bien.

L'examen microscopique des morceaux de la muqueuse et des parties osseuses démontre la présence d'un état inflammatoire des tissus: infiltration leucocytaire de la muqueuse principalement au voisinage des vaisseaux, présence de groupe d'ostéoclastes, développement du tissu fibreux etc.

Ce cas est intéressant parce que ni à l'examen ni après l'opération on a trouvé macroscopiquement dans le nez rien d'anormal du point de vue anatomique et pathologique. Dr ALEXANDRE BELIAEFF.

ALIN. — **Kyste uniloculaire de la branche montante du maxillaire inférieur.** *Ot.-Rhin.-Lar. Intern.*, septembre 1923.

L'auteur constate que ces kystes sont rares au maxillaire inférieur et en rapporte 1 cas chez une dame. Le cas a été opéré mais comme il s'agissait d'une poche infectée depuis longtemps, l'examen histologique n'a rien donné de précis. Comme il y avait eu des séquestres osseux éliminés, on pouvait penser à la syphilis. SARGNON.

ESCAT. — **Deux cas d'apoplexie du voile de palais.** *Oto-Rhino-Lar. Intern.*, juin 1923.

L'auteur en rapporte deux observations: 1 cas chez un homme de 38 ans, et un autre chez un homme de 66 ans. L'auteur insiste sur l'extrême rareté d'une pareille lésion. Cependant 1 cas avait été rapporté par Bosviel en 1911. Il s'agit d'hématome dû à la rupture sous-muqueuse d'une veinule, accident comparable à l'hémorragie sous-muqueuse de la corde vocale de Garel et au coup de fouet de la jambe. Chez un des malades il y avait des varices multiples.

SARGNON.

ROURE. — **Les varices de la base de la langue.** *Oto-Rhin.-Lar. Intern.*, décembre 1923.

L'auteur constate leur fréquence. Ces varices donnent de la gêne qui disparaît par la déglutition. Les troubles légers de la phonation augmentent par la lecture à haute voix. La toux est presque constante, le larynx normal, la voix grailonnante. A noter aussi les démangeaisons dans les oreilles occasionnées par l'absorption de boissons et de mets glacés, les stries sanguines à la vue et naturellement au miroir, le développement du réseau veineux avec dilatation irrégulière. La diathèse arthritique est la cause habituelle.

Dans les cas légers les gargarismes au salicylate de soude suffisent; dans les cas invétérés, il faut employer la cautérisation au galvano. La guérison tient généralement assez longtemps. SARGNON.

JACQUES PUIG. — **Considérations sur l'angine de Vincent et son traitement étiologique.** *Presse médicale*, 3 mai 1924, n° 36.

L'auteur sabre toutes les théories classiques qui font de l'angine de Vincent une maladie épidémique, contagieuse due à l'occasion fusospirillaire et guérissable par les arséno-benzènes.



L'angine chancriformes n'est pas contagieuse, ce n'est pas une affection primaire. La symbiose se trouve dans de nombreuses affections buccales. Pour qu'elle provoque l'angine de Vincent il faut qu'elle agisse sur un terrain préparé diminué dans sa vitalité, dans sa résistance et l'étude de l'étiologie nous montre l'existence préalable de diphtérie, de syphilis, d'avitaminose, surtout d'irritation gingivo-dentaire à la suite de l'éruption de la dent de sagesse.

D'ailleurs l'extraction de la dent de sagesse permet une cicatrisation rapide de l'ulcération. Cela n'empêche pas les arsénobenzènes, voire même le nitrate d'argent ou le bleu de méthylène de guérir les agines de Vincent légères, à condition que l'amoindrissement de la résistance des tissus ait été passagère. Si la guérison tarde, il faut songer à incriminer la dent de sagesse ou la dent de 6 ans, et exceptionnellement une maladie générale.

HALPHEN.

**CASTELLANI. — Du traitement abortif du phlegmon péritonsillaire.** *Oto.-Rhin.-Lar. Intern.*, août 1923.

Il faut traiter l'amygdalite chronique par une intervention radicale sur les amygdales et opérer entre des crises. L'auteur a cherché à obtenir ce résultat par les cautérisations au galvano sur le tiers supérieur de la face antérieure du pilier antérieur, sur le bord supérieur de l'amygdale et sur la partie supérieure du pilier postérieur. Il a pu ainsi faire avorter des abcès.

SARGNON.

**WHARRY. — Causes d'insuccès dans l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes.** *Brit. Med. Journ.*, 5 avril 1924, p. 120.

Il y a trois sièges où les végétations adénoïdes sont laissées en place : 1° en avant, à la partie supérieure des choanes ; 2° latéralement, dans la fossette de Rosenmüller, au-dessus et arrière de la trompe d'Eustache ; en arrière, derrière le voile, sur le tubercule antérieur de l'atlas.

Avant d'opérer, il faut examiner le cavum avec le doigt ; quand on enlève des végétations adénoïdes, ne pas couper la luette. Après l'intervention nouvel examen digital du cavum. Wharry indique ensuite la façon d'enlever les amygdales, d'arrêter les hémorragies primitives, retarder les hémorragies secondaires.

KAUFMANN (Angers).

**SARGNON et TROSSAT. — Un cas de laryngite ulcéro-membraneuse primitive du type Vincent.** *Oto.-Rhin.-Lar. Intern.* novembre 1923.

Il s'agit d'un cas observé chez un adulte de 29 ans dans le service de Bérard. Œdème des deux replis aryéno-épiglottiques, de l'épiglotte avec des ulcérations ayant tout à fait l'aspect du Vincent amygdalien. A l'examen direct, de très nombreux bacilles fusiformes et des spirilles. Traitement par le 914. Guérison. Le diagnostic, peu net au début, a été fait à la période ulcéreuse. On pouvait songer à

la syphilis, mais cependant il y avait une allure trop fébrile, trop aiguë et l'ulcération ressemblait tout à fait aux ulcérations amygdaliennes par fuso-spirilles.

On trouve peu de cas certains de laryngite du type Vincent (6 à 7) rapportés d'ailleurs dans l'article de Moure, dans le *Traité de Laryngologie*.

Cette observation a été présentée à la Société des Sciences médecine de Lyon, le 31 octobre 1923.

**ST-CLAIR-THOMPSON.** — **Tuberculose du larynx.** *British Medical Journal*, 3 mai 1924, p. 788.

Durant dix ans, Saint-Clair Thompson a observé, au sanatorium du roi Edouard VII, à Midhurst, sur 2541 malades, 477 laryngites tuberculeuses, soit 18,77 %. La région atteinte est surtout la partie postérieure de la glotte ; la région inter-aryténoïdienne est le point favori. Depuis le sanatorium est moins mauvais. Le traitement consiste dans le silence absolu, la voix chuchotée, le galvano cautérisation.

KAUFMANN.

**COSTINIU.** — **L'actinomyose du larynx.** *Ot.-Rhin.-Lar.-Intern.*, septembre 1923.

De pareilles observations sont très rares dans la littérature médicale. Il en rapporte un cas observé chez une vieille dame de 60 ans. Infiltration légère séro-gélatineuse de la région vestibulaire, gonflement peu douloureux de la partie extérieure du larynx, surtout du thyroïde, une petite fistule externe et inférieure gauche. L'auteur fit le diagnostic de laryngite et périchondrite gripale, curetage par voie externe, et quatre mois après œdème de l'aryténoïde droit. Examen du pus. Il s'agissait d'actinomyose typique. Comme étiologie, la malade, qui n'était pas une campagnarde, se rappelle que deux ans avant elle avait été à la campagne au moment du battage des blés et qu'elle avait mis des grains de blé dans sa bouche. Il s'agissait d'une vieille bronchitique. Traitement par l'iodure de potassium : guérison en quinze jours.

SARGNON.

**UMBERTO TASSI.** — **Altérations du larynx par lésions des nerfs laryngés.** (*Publications de la clinique O. R. L. de Naples*, v. II, 1923).

Un aperçu anatomique, histologique et physiologique précède une étude très soignée des paralysies laryngées isolées et associées. Mais tout l'intérêt du travail nous est offert par les expériences remarquables que l'auteur a poursuivies sur le chien et le lapin et qui lui permettent d'apporter les conclusions suivantes :

Le laryngé inférieur innerve les muscles crico-aryténoïdien postérieur, crico-aryténoïdien latéral, thyro-aryténoïdien interne, thyro-aryténoïdien latéral et aryaryténoïdien.

Le laryngé supérieur innerve, par son rameau externe, le muscle crico-thyroïdien.

Le laryngé moyen (chez le lapin) innerve avec le rameau externe du laryngé supérieur, le muscle crico-thyroïdien.

L'innervation motrice du laryngé inférieur est bilatérale pour les muscles cricoaryténoïdien postérieur et aryaryténoïdien, tandis qu'elle est unilatérale pour les muscles thyro-aryténoïdiens et cricoaryténoïdien latéral. Ceci explique pourquoi le crico-aryténoïdien postérieur garde son équilibre trophique plus longtemps que les autres muscles, après lésion unilatérale du récurrent.

L'innervation motrice du laryngé supérieur et du laryngé moyen (lapin) sont strictement unilatérales.

Dans les lésions expérimentales du récurrent (chien et lapin) le cricoaryténoïdien postérieur est le premier frappé, mais tandis que les phénomènes de dégénérescence ont une évolution très lente chez ce muscle, ils sont rapides et profonds chez les autres muscles (en particulier les thyroaryténoïdiens). Laryngé supérieur et laryngé inférieur ont des fibres motrices et des fibres sensibles.

Le cricothyroïdien est le seul muscle pourvu, chez quelques animaux (lapin) d'une double innervation fournie par le laryngé supérieur et le laryngé moyen. Pour tous les autres muscles l'innervation est donnée par le laryngé inférieur seul.

L'innervation sensitive de la région sus-glottique et des cordes vocales est fournie par le rameau interne du laryngé supérieur et en partie par le laryngé inférieur puisque la sensibilité de ces régions est légèrement troublée quand ce dernier est lésé.

Le récurrent envoie des fibres sensibles à la muqueuse de la région sous-glottique. Le spinal donne des fibres motrices aussi bien au laryngé supérieur qu'au laryngé inférieur (le plus grand nombre il est vrai). Dans les lésions unilatérales du récurrent, il y a toujours un certain degré d'hypoesthésie du vestibule, localisée aux faces laryngée et linguale de l'épiglotte, plus marquée du côté de la lésion. Dans les lésions unilatérales du laryngé supérieur il y a toujours anesthésie du vestibule, étendue au côté opposé.

Dans les lésions du récurrent les fibres élastiques du côté correspondant ne s'altèrent qu'après une période relativement longue (3 ou 4 mois). Les lésions des laryngés supérieur et moyen ne les altèrent pas. Par contre la muqueuse de la région sus-glottique et des cordes vocales vraies est toujours altérée dans les lésions du laryngé supérieur.

Une bibliographie très riche termine ce beau travail qu'illustrent de page en page des schémas très précis et une quarantaine de microphotographies remarquables.

LAPOUGE (Nîce).

**DELLA CIOPPA. — Les troubles de la parole dans la paralysie pseudo-bulbaire.** (*Publications de la clinique O.-R.-L. de Naples*, v. III, 1923).

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas intéressant de paralysie pseudo-bulbaire, dont nous relevons les particularités suivantes :

Les troubles respiratoires étaient inexistants pendant la respiration tranquille et automatique ; la dyspnée apparaissait dès que la volonté intervenait dans l'acte respiratoire, par exemple pendant la phonation,

et cela s'explique, car une coordination précise des mouvements est alors nécessaire pour qu'une plus grande quantité d'air entre pendant l'inspiration, en vue d'une expiration prolongée. Les troubles phonatoires dépendaient en partie de la déficience individuelle des muscles de la face, de la langue, du voile, du pharynx et du larynx, mais ils relevaient surtout de l'incoordination des différents groupes musculaires.

L'auteur a pris des tracés pneumographiques fort intéressants qui mettent en relief les troubles ci-dessus.

L'examen laryngoscopique décelait l'impossibilité pour les cordes vocales de dépasser pendant l'inspiration, la limite de respiration tranquille, avec tendance à la contraction paradoxale dans les efforts inspiratoires énergiques. La glotte se fermait imparfaitement par insuffisance des thyro-aryténoïdiens et probablement des crico-thyroïdiens. La parole du malade était lente, décolorée, peu harmonieuse, entrecoupée d'expirations semi-explosives et de temps inspiratoires. La voix était tantôt haute, tantôt basse, généralement rauque à timbre nasal.

Les troubles de la parole n'étaient pas proportionnés au degré de parésie des différents muscles qui président au mécanisme de la phonation et de l'articulation des mots.

Ceci tend à démontrer que pour un bon langage, la possibilité des mouvements élémentaires variables ne suffit pas, mais qu'une grande précision, une rapidité suffisante et une parfaite coordination des mouvements eux-mêmes sont nécessaires.

LAPOUGE.

**DELLA CIOPPA. — Les troubles de la phonation et de la respiration dans la polyo-encéphalite chronique inférieure, ou paralysie labio-glosso-laryngée.** (*Publications de la clinique O.-R.-L. de Naples*, v. III, 1923).

L'auteur étudie 2 cas de paralysie labio-glosso-laryngée, dans lesquels on relève une parésie des muscles innervés par le facial inférieur et une parésie et atrophie caractéristique de la langue, du tenseur du voile et des constricteurs du pharynx. A l'examen laryngoscopique l'abduction des cordes, d'ailleurs mal tendues pendant la phonation, est limitée. Les troubles moteurs laryngés ont apparu en même temps que ceux de la mastication, de la déglutition, et de l'articulation de la parole. Ils se sont révélés par la dyspnée et les crises de suffocation momentanée.

Dans la première période de la maladie, ce sont les troubles laryngés respiratoires qui ont appelé l'attention de l'entourage et du médecin. La dyspnée s'accompagnait de sensation de constriction de la gorge. Dans la seconde période quand l'atrophie des différents muscles intéressés eut atteint un certain degré, ce fut la difficulté de mastiquer, de déglutir et de parler, qui domina la scène.

Les troubles phonatoires dépendant du laryngé ont été en effet peu accusés, une certaine faiblesse de la voix et l'impossibilité de crier étaient seules l'expression du trouble laryngé. Ils étaient dus à faiblesse de la respiration et à l'état hypotonique des muscles du larynx. Les troubles phonatoires les plus importants relevaient surtout de



l'état de la langue, atrophiée, du voile du palais, mal tendu, de l'orbiculaire des lèvres, défailant.

La respiration était faible et irrégulière, avec tendance au type périodique et pause prolongée.

Dans la première observation la paralysie glosso-labio-laryngée se termina par une sclérose latérale amyotrophique de Charcot. Dans la deuxième, une surdité absolue, apparue avant la paralysie glosso-labio-laryngée, confirme l'opinion du professeur Gradenigo, que la surdité familiale est un phénomène dégénératif accompagnant fréquemment d'autres phénomènes dégénératifs plus graves d'un système nerveux particulièrement fragile.

LAPOUGE.

**BILANCIONI et FUMAROLA. — Sur quelques rares manifestations à forme bulbaire de l'encéphalite chronique épidémique.**  
*Annales de médecine navale et coloniale*, 1922.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer 10 cas d'encéphalite chronique épidémique avec symptômes laryngés et respiratoires. Ils ont cru opportun de les publier, la littérature médicale en étant pauvre, et d'autre part leur constatation pouvant compléter le tableau symptomatique de la maladie. La date d'apparition des troubles respiratoires est très variable. Dans certains cas ils se manifestèrent au bout de quelques semaines ; dans d'autres au bout d'un an seulement. Quant à l'âge, 5 cas se rapportent à des malades de 11 à 15 ans, 3 à des malades de 19 à 30 ; un avait 32 ans et le dernier 44. Chez tous le syndrome était à forme parkinsonnienne. L'évolution était chronique et la symptomatologie s'est maintenue identique jusqu'à la fin.

Les altérations du rythme respiratoire consistaient spécialement en modifications de la forme et de la fréquence. La tendance prolongée de la phase expiratoire, fut un des caractères les plus frappants aussi bien au point de vue clinique que graphique. De même l'absence de séparation nette entre les phases inspiratoire et expiratoire. Les auteurs ont rarement constaté pendant l'attaque, l'incurvation du tronc en avant, la stupeur, l'œil à demi-fermé. Les accès apparaissaient spontanément. Au niveau du larynx on pouvait voir presque toujours une diminution de tonicité des cordes, une dyscinésie au moins unilatérale. Il y avait également une hypoesthésie tactile et douloureuse du vestibule laryngé.

L'explication exacte des troubles du rythme respiratoire n'est pas sans difficulté. L'existence de quelques symptômes à caractère bulbaire (parésie des cordes vocales) fait à première vue soupçonner une localisation bulbaire du processus encéphalique. Mais les troubles du rythme respiratoire représentent-ils un symptôme bulbaire organique ? L'on connaît en clinique les associations hystéro-organiques, peut-être s'agit-il d'une association semblable dans les cas qui nous intéressent. Mais n'est-il pas étrange que l'association hystéro-organique, de l'encéphalite épidémique, ne se manifeste que par des troubles du rythme respiratoire, en général peu fréquents. En outre, si chez l'un des malades, ces facteurs purement psychiques de l'apparition des symptômes, étaient particulièrement nets, chez tous les autres ils ne pouvaient être invoqués. On ne saurait par conséquent écarter délibéré-

ment le trouble organique, qui sans être une lésion purement anatomique du centre respiratoire, incompatible avec la périodicité du phénomène, peut être la manifestation de toxines répandues dans le torrent circulatoire, capables de vicier plus ou moins profondément le fonctionnement du centre respiratoire. Cette hypothèse est très vraisemblable, puisque dans les formes parkinsonniennes la maladie, non seulement est en action, mais aussi en évolution continue. Si ces troubles sont relativement rares par rapport au nombre imposant d'encéphalites, cela peut être dû, à une fragilité plus ou moins accusée du centre respiratoire, ou à des conditions psychiques particulières de l'individu.

LAPOUGE (Nice).

R. BENSAUDE et J. RACHET. — **Corps étrangers de l'œsophage.** *Monde Médical*, 1<sup>er</sup> mai 1924, p. 313-325.

Les lésions varient suivant la nature du corps étranger et la durée de son séjour dans l'œsophage. Le plus souvent, les corps étrangers s'arrêtent dans la portion cervicale et se placent verticalement, disposition qui peut ne pas entraver l'alimentation et explique qu'ils soient parfois longtemps tolérés. Habituellement, ils déterminent de l'œsophagite, quelquefois des perforations, des abcès du médiastin.

Les signes immédiats peuvent manquer, mais en général, l'arrêt du corps étranger à la bouche œsophagienne détermine un accès violent de suffocation, de cyanose. L'arrêt au niveau du manubrium cause des troubles analogues, moins marqués.

Une période de tolérance relative peut s'établir progressivement, marquée seulement par une gêne de la déglutition et une sensation douloureuse au passage des aliments. Bientôt apparaissent des accidents inflammatoires secondaires œsophagiens et péricœsophagiens, avec signes généraux graves. La mort peut survenir par infection générale, par fusées purulentes vers les organes voisins, par perforation d'un gros vaisseau des voies aériennes.

Pour poser le diagnostic, on ne s'appuiera qu'avec circonspection sur les commémoratifs et les troubles fonctionnels, infidèles et très variables. Le médecin a à sa disposition plusieurs méthodes d'exploration.

Le cathétérisme avec une sonde molle est condamné par beaucoup comme dangereux et infidèle. Il y a à ce mode d'exploration trois contre-indications formelles : le siège élevé du corps étranger, les lésions de l'œsophage, l'absence d'instrumentation œsophagoscopique dont le cathéter ne doit être qu'un accessoire.

L'examen radiologique est indispensable ; il doit être fait immédiatement avant l'œsophagoscopie ; on le pratique en station debout et dans les positions obliques. L'absorption de bouillie bismuthée peut mettre en évidence un corps étranger mais a l'inconvénient de gêner l'œsophagoscopie.

Les erreurs sont possibles : certains corps étrangers sont perméables aux rayons ; des ganglions calcifiés peuvent donner le change. Il n'est pas toujours facile de déterminer si le corps étranger siège dans l'œsophage ou dans les voies respiratoires.

L'œsophagoscopie précédée immédiatement d'une radioscopie est

la méthode de choix de diagnostic et de traitement. La recherche du corps étranger peut être rendue difficile par l'accumulation d'aliments, une hémorragie, des sécrétions abondantes, de l'œdème de la paroi. Un corps étranger de petite taille peut se dissimuler dans un repli muqueux, d'où l'indication d'employer un tube aussi large que possible, pour bien déplisser la muqueuse et la nécessité d'un examen minutieux en particulier en retirant le tube. Enfin, le corps étranger peut passer dans l'estomac.

L'extraction peut se faire à l'aveugle, ce qui est souvent dangereux. Le refoulement, la provocation de vomissements sont totalement à rejeter. Le crochet de Kirrison sera employé prudemment et seulement quand le corps étranger est tout récent. Le panier de Graefe est rejeté par beaucoup d'auteurs.

L'extraction sous le contrôle de la vue nécessite une instrumentation variée et abondante. Dans le cas d'un dentier, par exemple, après l'avoir amarré avec une pince, on s'efforcera de le mobiliser, de le désenclaver. On luttera contre les spasmes par la cocaïnisation ; si le dentier a ses deux pôles fixés, et n'est pas mobilisable, on le morcellera ou on le sectionnera. Il va sans dire que ces manœuvres devront être faites d'une main prudente pour ne pas déchirer l'œsophage. Un tube dilateur peut rendre des services ; en cas d'échec, on essaiera de refouler le corps étranger dans l'estomac. L'œsophagostomie externe reste la suprême ressource.

Après l'extraction les ulcérations de la paroi seront touchées au sulfate de cuivre, au nitrate d'argent.

M. BUNEAU.

ROBERT RENDU. — **Dysphagie œsophagienne par compression ganglionnaire dans un cancer du poumon.** *Ot.-Rhin.-Lar. inter.*, septembre 1923.

Les pièces du malade ont été présentées à la Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon, le 17 janvier 1923. Il s'agit d'un homme de 66 ans. On avait pensé à une fistule œsophago-trachéale avec néoplasme œsophagien. La dysphagie relevait de la compression œsophagienne par les ganglions médiastinaux et la toux quinteuse était due à l'irritation du pneumo-gastrique par les ganglions.

SARGNON.

SABERTON. — **Traitement de l'hyperthyroïdisme par les rayons X** *Brit. Med. Journal.*, 12 avril 1924, p. 661.

Dans 75 % des cas, il y a amélioration ; dans 50 %, guérison. Six observations.

KAUFMANN (Angers).

G.-W. BOOT (Chicago). — **Tumeur de la glande intercarotidienne avec syndrome de Stokes-Adams.** *Annals of Otol.*, t. XXXII, n° 4, déc. 1923, p. 1241.

Boot rapporte l'histoire d'un mulâtre de 42 ans hospitalisé pour une petite tumeur douloureuse de 2 centimètres de long, placée sur le côté gauche du cou, accompagnée de douleur généralisée du cou, de crampes musculaires du même côté et d'amaigrissement rapide. On note aussi de la paralysie de la corde vocale gauche, mais l'examen au

laryngoscope est extrêmement difficile et provoque une contraction des muscles et du larynx qui rend la respiration très difficile. En pressant sur la tumeur, on provoque une crise convulsive accompagnée de ralentissement du cœur, et, au stéthoscope, on découvre les éléments d'un syndrome de Stokes-Adams. A l'intervention, d'ailleurs fort difficile, on trouve une tumeur à la bifurcation de la carotide primitive, tellement adhérente à ce vaisseau, aux carotides interne et externe et à la veine jugulaire qu'il est nécessaire, avant de l'enlever, de lier tous ces vaisseaux. Le vague est probablement lésé. Le malade meurt une semaine après l'intervention. A l'autopsie, on trouve un œdème aigu de l'épiglotte, de la glotte, des cordes vocales, de tout le larynx en général. Il est impossible de libérer la carotide de cette tumeur longue d'environ 3 centimètres sur 2 centimètres de largeur, et 1,50 d'épaisseur que les histologistes déclarent être un carcinome du ganglion intercarotidien.

L'auteur étudie ensuite ce genre de tumeur qui est rare puisqu'on n'en connaît guère plus de 70 cas. Ces tumeurs peuvent être bénignes ; simple hyperplasie, adénome et angiome, ou malignes : endothéliome, épithélioma, sarcome, carcinome, etc... Leur volume varie de celui d'une amande à celui d'un œuf d'oie ; elles sont habituellement ovales et lisses, mais peuvent être quelquefois lobulées. On ne connaît qu'un seul cas de bilatéralité et elles peuvent se présenter indifféremment dans les deux sexes et les côtés du cou. Les symptômes principaux sont la tumeur, l'enrouement, la toux ou la paralysie d'une corde vocale par suite de l'atteinte du récurrent, du myosis dû à l'atteinte du sympathique, de la dysphagie et de la dyspnée. Les éléments du diagnostic sont les suivants : la tumeur est mobile d'avant en arrière mais pas de bas en haut, elle est ovale, lisse et habituellement unique, les pulsations artérielles sont transmises, le pharynx est bombé au niveau de la tumeur, les pupilles sont généralement contractées. L'évolution est lente puisque dans certains cas la tumeur existait depuis huit, neuf, seize et quarante ans. Enfin, il y a également, du ralentissement du pouls, un syndrome de Stokes-Adams, de l'enrouement, de la toux et, dans quelques cas, de la pigmentation du corps. Le diagnostic différentiel doit être fait avec l'adénite cervicale. Les métastases de tumeurs, la maladie de Hodgkin, les kystes branchiaux, les gommes syphilitiques ou la tuberculose des glandes. Ces tumeurs doivent être opérées très précocement avant qu'elles n'adhèrent trop intimement aux vaisseaux du cou, mais le chirurgien les voit rarement dans des conditions propices à l'intervention. Or, la ligature de la carotide primitive est une opération sérieuse quoique non nécessairement fatale. Les résultats opératoires ne sont pas encourageants, la mortalité est élevée. On observe comme complications, l'aphasie, l'hémiplégie, la paralysie du facial et de l'hypoglosse. Ces tumeurs récidivent fréquemment.

R. PLANTEY.

MONCKEBERG. — Contribution à la question des sarcomes à myéloplaxes des os. *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, t. CCXLVI, 1923, p. 106-117 (4 fig.).

L'auteur vérifie et amplifie les opinions déjà émises par Kongetzny et Ritter.



L'élément fondamental dans la structure de ces tumeurs est le tissu vasculaire. Les vaisseaux sont formés de toutes pièces par les cellules tumorales : la formation des vaisseaux se produit soit par bourgeonnement de capillaires, soit par lacunisation du blastème néoplasique. Ainsi se constitue un tissu à circulation sinusiale, très développée, une éponge sanguine, et cette structure explique bien la teinte hémorragique que présentent ces tumeurs à l'œil nu. Les myéloplaxes ont des rapports étroits avec les capillaires, d'après l'auteur ce sont des bourgeons capillaires à évolution avortée. Le sarcome à myéloplaxes n'est pas un sarcome, mais un tissu réactionnel doué d'une certaine autonomie et dont la structure particulière est due à la nature spéciale des cellules matricielles (tissu médullaire). A. AUBIN.

IMBERT. — **Note sur les greffes osseuses : le rôle du greffon.**  
*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, t. XC, n° 34, 16 octobre 1923, p. 176-182 avec 3 figures radiographiques.

L'auteur a établi qu'un greffon osseux évolue très différemment suivant le milieu où il est placé. Replacé en un point quelconque du corps, le transplant se résorbe et disparaît ; replacé dans un foyer de résection osseuse, le transplant participe à la formation du cal, il prolifère et s'accroît. Ces conclusions sont d'accord avec l'opinion de Claude Bernard, que les conditions du milieu intérieur favorables à tel élément organique n'existent que dans la place naturelle de cet élément. Par une étude radiographique faite en série, Imbert a constaté que le greffon a un rôle prépondérant dans la confection d'un cal, il est remanié, son cal médullaire disparaît, son architecture est profondément modifiée, il est détruit en même temps qu'il sert à reformer de l'os. Le transplant osseux a un rôle actif dans l'ostéogénèse.

A. AUBIN.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Traité d'anatomie pathologique générale**, par le Dr V. BALL, Professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, avec préface de M. J. PAVIOT, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Lyon. VIGOT Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

1 volume in-8, 193 figures et 2 planches en couleurs,

35 fr.

Cet ouvrage n'a pas d'analogue dans la littérature médicale. Il est écrit pour le médecin, le vétérinaire et l'étudiant des deux médecines.

L'auteur y expose les *grands processus morbides*, mais en vivifiant les données générales par de nombreuses descriptions d'anatomie pathologique spéciale. Rompant avec la vieille tradition allemande qui consiste à présenter sous le nom d'*anatomie pathologique générale* une sorte de complexe de pathologie générale et d'anatomie pathologique, le Professeur Ball a opéré le mariage de l'*anatomie pathologique générale* et de l'*anatomie pathologique spéciale*. Cette conception originale de l'anatomie pathologique générale lui a paru autrement intéressante et profitable que l'ancienne division en Anatomie pathologique générale et Anatomie pathologique spéciale. Les notions générales sont forcément quelque peu fictives sans la description immédiate des lésions dans leurs localisations courantes.

L'importance de plus en plus grande qui s'attache aux études de pathologie comparée, pour les médecins, a rendu désirable et possible la venue d'un pareil livre. Les animaux présentent la plupart des maladies de l'homme et la pathologie comparée mérite d'être placée au nombre des préoccupations du médecin.

L'anatomie pathologique générale humaine et comparée se trouvent réunies dans cet ouvrage.

Le livre est divisé en dix chapitres. Le premier chapitre renferme l'étude générale des *dégénérescences*, des *surcharges*, de la *nécrose*, de l'*hyperplasie*, de l'*hypertrophie* et de l'*atrophie*, avec de nombreux exemples.

Des chapitres spéciaux sont consacrés à la *thrombose*, à l'*embolie*, à la *congestion*, à l'*œdème*, à l'*hémorragie* considérés en général, puis dans les cas les plus courants.

L'*inflammation* constitue un long chapitre où, après des généralités, sont exposés les *inflammations aiguës* des principaux tissus et organes, les *inflammations subaiguës* et *chroniques* (*scléroses* et *cirrhose*), les *tubercules*, la *tuberculose inflammatoire* et les *pseudo-tubercules*.

Un important chapitre est réservé aux *tumeurs* et au *cancer*. Dans

cette partie du livre, le médecin et le vétérinaire trouveront une mise au point soignée des données générales avec présentation originale et esprit critique. Le *cancer expérimental*, en particulier, y est exposé en détail.

Enfin on y lira la description des tumeurs de l'homme et des animaux.

Le dernier chapitre est constitué par quelques pages de *technique* concernant la récolte des tissus et leur fixation en vue de l'étude histologique.

Cet ouvrage a sa place marquée dans la plus humble des bibliothèques.

---

# NOUVELLES

---

## Nécrologie.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec un bien grand regret, la mort du Dr Charles Goris, décédé à Ostende le 10 septembre 1924. La Direction des Archives adresse à M<sup>me</sup> Charles Goris, et à son fils le Dr Carlos Goris toutes ses sincères condoléances pour la perte du célèbre otologiste bruxellois, dont la disparition sera vivement ressentie par ses nombreux amis de France.

---

## III<sup>e</sup> Congrès roumain d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Le III<sup>e</sup> Congrès roumain d'Oto-Rhino-Laryngologie aura lieu à Bucarest le 26 et le 27 octobre 1924, à 10 heures du matin, dans le grand amphithéâtre de l'hôpital Coltea sous la présidence du Professeur N.-I. METIANU.

Rapports: *Amygdalites chroniques et leur traitement*. Rapporteur: Dr DAVID-GALATI. *Névrites optiques consécutives aux sinusites postérieures*. Rapporteurs: TETU et POPOLITA.

*Tumeurs fibreuses du pharynx. Traitement chirurgical*. Rapporteurs: ORESCU et MAIGANESCU.

Prière de faire parvenir au secrétaire général M. L. MAYERSOHN, 97, calea Mosilor, Bucarest, le titre des communications et des mémoires, avant le 1<sup>er</sup> octobre 1924 dernier délai.

---

## Congrès Français d'Oto-Rhino-Laryngologie.

(Du 15 au 18 octobre 1924).

La session annuelle de la Société française d'Oto-rhino-laryngologie s'ouvrira le mercredi 15 octobre 1924, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Jacques, de Nancy.

### QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

1<sup>o</sup> *Les sinusites postérieures et leurs complications oculaires*. — Rapporteurs: MM. Canuyt, Ramadier, Velter.

2<sup>o</sup> *La diathermie en oto-rhino-laryngologie*. — Rapporteurs: MM. Bourgeois, Dutheillet de Lamothe, Portmann, Poyet.



Pour l'établissement du programme du Congrès en temps utile, on est prié de faire parvenir le titre des communications avant le 1<sup>er</sup> août prochain, *dernier délai*, au Dr Liébault, secrétaire général, 216, boulevard Saint-Germain, Paris (VII<sup>e</sup>) et de faire savoir également si les communications sont accompagnées de projections.

D'après le règlement (art. 18 *bis* et 19) :

1<sup>o</sup> Chaque auteur ne peut faire que deux communications ;

2<sup>o</sup> La durée de chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes ;

3<sup>o</sup> La communication doit être faite oralement ;

4<sup>o</sup> Le manuscrit ne peut excéder dix pages des *Bulletins* de la Société, et doit être déposé sur le bureau dans la séance où a lieu la communication.

On est prié en outre de :

a) Faire écrire à la machine le manuscrit des communications, la composition pour les *Bulletins* en étant plus facile et par conséquent moins onéreuse ;

b) Préparer quatre résumés d'une dizaine de lignes au maximum pour la presse.

Tout ce qui a rapport aux figures, clichés, tirages à part est entièrement à la charge des auteurs.

N. B. — Les séances du Congrès auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et une exposition d'instruments se fera dans la grande salle des pas-perdus.

---

### Royale Société de Médecine (Londres).

SIR SAINT-CLAIR THOMSON a été élu président de cette Société qui compte environ 5 000 membres et est située dans le bel immeuble du n<sup>o</sup> 1 de la Wimpole Street.

C'est la première fois qu'un oto-rhino laryngologiste a été élevé à cette distinction depuis la fondation de cette Société en 1805. Tous les présidents précédents avaient été, successivement, médecins ou chirurgiens.

Le nouveau président commencera en octobre ses fonctions qu'il conservera pendant deux ans.

Nous adressons à SIR SAINT-CLAIR THOMPSON toutes nos sincères félicitations.

---

Le Gérant : P. VIGOT

# M É M O I R E S

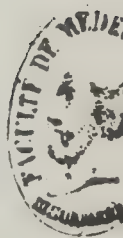
---

## VACCINOTHÉRAPIE LOCALE DE L'OZÈNE

(PAR SCARIFICATIONS INTRANASALES ET CUTANÉES)

Par MM. REBATTU et H. PROBY (de Lyon).

---



Dans nos recherches sur le traitement vaccino-thérapique de l'ozène, nous nous sommes adressés d'abord à la méthode habituelle, aux injections hypodermiques, mais en employant des doses intensives d'auto-vaccins ; ces doses ne donnent pas des réactions plus vives : les résultats obtenus, quoique certainement meilleurs, ne nous ont pas donné pleine satisfaction.

Nous avons eu alors l'idée de recourir à la *vaccinothérapie locale, intranasale*, en utilisant comme porte d'entrée la muqueuse nasale elle-même. Nos idées sur l'immunité et l'immunisation ont beaucoup évolué ces dernières années, et l'on envisage de plus en plus à côté de l'immunité générale, une immunité locale. C'est ainsi que la dysenterie, le choléra, la fièvre typhoïde sont passibles de l'immunité par voie digestive : l'immunisation dans le charbon n'est obtenue que par l'introduction des bactériidies dans la peau.

Or l'ozène n'est-elle pas avant tout une maladie essentiellement locale, se développant, il est vrai, à la faveur d'un état général médiocre. Les complications de l'ozène sont purement locales, et se font par contiguïté.

Il était donc logique de tenter dans l'ozène un traitement vaccino-thérapique local.

Les résultats de nos premiers essais ont été exposés dans le *Journal de Médecine de Lyon* (20 déc. 1923), résultats des plus encourageants, sans réactions plus vives que celles qui accompagnent les injections sous-cutanées et intra-musculaires. Mais cette méthode d'injections dans les cornets n'était pas à l'abri de certains reproches adressés à la voie hypodermique. On irrite le tissu cellulaire. Une partie de l'antigène introduit est inutilisé, ainsi que le montrent d'ailleurs les réactions générales parfois constatées.

C'est alors que nous nous sommes adressés aux pulvérisations

intranasales, après décapage des cornets. Le vaccin est ainsi disséminé sur toute la muqueuse sous forme d'un fin brouillard.

Comme on peut objecter que la muqueuse pituitaire est hautement différenciée, que son épithélium peut opposer une barrière aux vaccins thérapeutiques, nous avons cherché à traverser cette barrière en scarifiant les cornets et en badigeonnant les surfaces cruentées.

Cette méthode locale agit directement sur l'organe atteint, en le sensibilisant, en le rendant réceptif suivant les conceptions de Delater. L'immunité locale semble bien commander l'immunité générale : l'acquisition de cette immunité est indépendante des réactions humorales (pouvoir agglutinant, pouvoir anti-complémentaire), avec lesquelles il y a quelques années seulement on mesurait l'immunité ; les anticorps humoraux ne sont en somme que des témoins infidèles de l'immunité.

Or le rôle de la peau comme organe réceptif est exclusif dans certaines maladies infectieuses comme le charbon, la vaccine ; il est important dans un grand nombre d'autres infections : staphylococcies, streptococcies, et l'on sait les heureux résultats obtenus par l'application directe des compresses de cultures filtrées dans les maladies les plus variées.

Certains de ces microbes sont mis fréquemment en évidence dans les cultures faites chez les sujets atteints d'ozène. Il est exceptionnel en effet de mettre en évidence une seule espèce microbienne : l'Abel-Lœwenberg seul est quelquefois trouvé à l'état de pureté. D'autres sont des microbes habituellement rencontrés sur les muqueuses : le bacille pseudo-diphtérique notamment. D'autres encore affectionnent surtout les téguments, staphylocoque, streptocoque. Il en est enfin, comme les anaérobies, qui peuvent se rencontrer partout.

L'association microbienne est donc très fréquente, les auto-vaccins comprennent toutes les souches qui se développent dans les cultures.

Nous avons procédé à des vaccinations cutanées, en même temps qu'à des vaccinations muqueuses intranasales, pulvérisations après scarifications, afin de supprimer la barrière cutanée ou muqueuse séparant les virus des cellules spéciales, des cellules sensibles, *réceptives*, suivant l'expression de Besredka, cellules qui sont à la base de la conception de l'immunité locale.

Nous avons cherché à mettre ainsi l'organe réceptif (peau, muqueuse nasale) en contact aussi direct que possible avec l'auto-vaccin.

Nous ne relatons ici que les observations de nos malades chez lesquels nous avons procédé à la vaccination cutanée, et en même temps sauf pour l'observation V, aux pulvérisations intranasales après scarifications.

On trouvera dans le *Journal de Médecine de Lyon* (15 déc. 1923) les observations des malades traitées par les injections sous-muqueuses intranasales associées aux pulvérisations sans scarification préalable. Nous enregistrons, avec un échec, 3 améliorations et 4 guérisons.

Obs. I. — Riv..., 18 ans.

Mouche des croûtes depuis l'âge de 9 ans. Scarlatine et angine à cette époque. Rien à signaler dans les antécédents. Wassermann négatif (5 mars 1924).

*Examen*, 4 mars 1924. — Atrophie intense des cornets inférieurs et moyens. Croûtes abondantes. Sinus frontaux clairs. Sinus maxillaires sombres à droite, un peu moins à gauche. Voûte palatine ogivale. Pharyngite atrophique.

*Culture*. — Bacilles d'Abel-Lœwenberg et bacilles pyocyaniques en colonies abondantes ; cultures faibles d'anaérobies.

Auto-vaccin en ampoules de 4 centimètres cubes renfermant :

B. d'Abel-Lœwenberg . . . . .	2 milliards
B. pyocyaniques . . . . .	2 milliards
Anaérobies . . . . .	500 millions

*Traitement*. — Vaccinations cutanées et pulvérisations après scarifications intranasales en dix séances à trois jours d'intervalle du 13 mars 1924 au 18 avril 1924.

*Dose* :

Vaccination cutanée =	22 milliards 500 millions
Pulvérisation. . . =	Id.
Total : 45 milliards.	

*Résultat*. — Amélioration nette, diminution des croûtes et de l'odeur. Le résultat est lent à se produire, il ne devient important qu'après la cessation du traitement au bout d'un mois. Le 30 mai, plus de croûtes, aspect plus rosé des cornets.

Obs. II. — M<sup>lle</sup> Alh..., 21 ans.

*Examen*, 19 novembre 1923. — Début de la rhinite atrophique en 1920.

*Antécédents héréditaires*. — Mère et un frère morts de tuberculose pulmonaire, quatre frères ou sœurs bien portants.

*Antécédents personnels*. — Rougeole. Adénite sous-maxillaire dans l'enfance.

Réglée à 19 ans irrégulièrement.

Amaigrissement de 4 kilos.



*A l'examen.* — Atrophie des cornets inférieurs et moyens. Croûtes dans les méats obstruant presque complètement les fosses nasales et dégageant une odeur très fétide. Sinus maxillaire sombre à gauche.

*Culture.* — Abel-Læwenberg.

Auto-vaccin à 2 milliards par centimètre cube, solution faible ;  
4 milliards solution forte

*Traitement.* — 1° Par cinq pulvérisations sur les cornets inférieurs et moyens après décapage de la muqueuse et badigeonnage des cornets avec le vaccin.

Quatre centimètres cubes par séance.

*Dose totale :* 18 centimètres cubes = 72 milliards.

Du 3 au 26 décembre 1923 tous les trois jours.

2° Par cinq vaccinations cutanées à la manière Jennerienne sur la face externe du bras.

de 2 centimètres cubes = 40 milliards

et 5 pulvérisations . = 40 milliards

*Total général.* — Pulvérisations . . = 112 milliards

Vaccination cutanée = 40 milliards

*Résultat.* — Amélioration nette au bout d'un mois. Diminution des croûtes dans la proportion de 3 à 1 et de l'atrophie dans la proportion de 2 à 3.

Le 21 juillet 1924, disparition des croûtes dans la narine droite. Teinte plus rosée de la muqueuse.

Persistance de quelques rares croûtes à gauche dans le cavum, mais ne dégageant plus d'odeur. Etant donné l'intensité des lésions, leur ancienneté, l'échec des traitements antérieurs, le résultat peut être considéré comme excellent.

Obs. III. — M<sup>me</sup> S..., 23 ans, mouche des croûtes depuis deux ans.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Rougeole à 6 ans. Eruption intense du cuir chevelu pendant trois mois à 12 ans. Règles à 13 ans, avec arrêt pendant un an ; régulièrement depuis.

Mariée à 21 ans. Mari, 58 ans, bien portant. Un enfant mort à 18 jours d'affection brusque indéterminée en 1920 ; une fausse-couche de 3 mois 1/2 en 1923.

*Examen*, 28 décembre 1923. — Rhinite atrophique très accusée des cornets inférieurs et moyens avec croûtes abondantes et fétides, tissus maxillaires et frontaux clairs.

*Culture.* — Abel-Læwenberg par auto-vaccin en ampoule de 4 centimètres cubes à 4 milliards par centimètre cube.

### Vaccination locale intra-nasale.

*Premier traitement* du 28 décembre 1923 au 7 mars 1924, par pulvérisation, injections sous-muqueuses, scarification des cornets et badigeonnage avec l'auto-vaccin.

Grosse réaction fébrile à 39° pendant les trois premières injections. Vingt séances.

*Doses :*

Pulvérisations . . . .	=	167 milliards 750 millions
Injectons sous-muqueuses	=	12 milliards 250 millions
Scarifications . . . .	=	136 milliards
<hr/>		
Total . . . . .	=	316 milliards

Trois semaines après le début du traitement plus de croûtes, plus d'odeur. L'amélioration persiste deux mois après, l'atrophie persiste, un peu diminuée.

*Second Traitement.* — Culture le 28 février 1924. Abel-Lœwenberg en cultures abondantes. Anaérobies (cultures faibles).

Auto-vaccin en ampoule de 4 centimètres cubes à 4 milliards par centimètre cube.

Abel-Lœwenberg	=	3 milliards
Anaérobies . .	=	1 —

Douze ampoules de 4 centimètres cubes, vaccin chauffé.

*Traitement*, de mars à juin 1924. — Douze séances à huit jours d'intervalle : 2 centimètres cubes de pulvérisation, 2 centimètres cubes en vaccination cutanée.

*Dose totale :*

Vaccination cutanée. . . .	=	96 milliards
Pulvérisations après scarifications	=	96 milliards

*Résultat.* — Très bon. A noter seulement : il se reproduit de temps en temps quelques rares croûtes.

Obs. IV. — M<sup>lle</sup> B..., 36 ans.

Rhinite atrophique datant de deux ans.

1<sup>o</sup> Déjà traitée à la date du 26 novembre 1923 par :

Injectons sous-muqueuses	=	37 milliards
Pulvérisations. . . . .	=	100 milliards

*Résultat* excellent mais temporaire, dès février 1924, réapparition des croûtes.

*Nouvelle culture.* — Abel-Lœwenberg très nombreux, anaérobies rares.

Auto-vaccin en ampoule de 4 centimètres cubes à :

Abel Lœwenberg	=	4 milliards	} par centimètre cube
Anaérobies . .	=	500 millions	

2<sup>o</sup> *Second traitement* en vaccination cutanée.

Le vaccin est préparé dans de l'eau physiologique à 7,5 ‰.

On fait dix-sept séances de 3 cc. 5 en vaccination cutanée, de 1/2 centimètre cube en pulvérisation.

*Dose totale :*

Vaccin cutané. . . . . = 114 milliards 750 millions  
 Pulvérisations après scarifications = 15 milliards 750 millions

*Résultat* très bon, les croûtes ont disparu, l'atrophie des cornets est en régression manifeste.

Obs. V. — M<sup>me</sup> F..., 29 ans, mouche des croûtes depuis six mois.

*Antécédents.* — Grippe en 1918. Pleurésie sèche gauche en 1924. Règles à 15 ans, mariée à 27 ans.

*Examen.* — Atrophie considérable des cornets inférieurs et moyens à gauche.

Déviation légère de la cloison à droite avec atrophie moyenne des cornets. Sinus maxillaires assez clairs avec croissant sous-orbitaire un peu moins clair à droite, tissus frontaux un peu sombres.

*Culture* des croûtes. — Abel Læwenberg très nombreux, quelques bacilles pseudo-diphtériques et quelques anaérobies.

Vaccin préparé en suspension huileuse à 4 milliards par centimètre cube.

*Traitement* par cinq vaccinations cutanées.

Total : 90 milliards.

La malade doit interrompre momentanément son traitement, mais est nettement améliorée au point de vue odeur et croûtes.

Obs. VI. — Al., 29 ans, a déjà subi un traitement par pulvérisations intranasales (120 milliards) ;

Par injections sous-muqueuses (30 milliards) ;

Par injections sous-cutanées (12 milliards).

1<sup>o</sup> Traitement terminé le 15 novembre 1923.

(Obs. 7 de l'article Vaccinothérapie locale de l'Ozène *J. médic. de Lyon*, 20 déc. 1923).

On obtient une amélioration notable mais qui ne persiste pas intégralement.

2<sup>o</sup> Nouveau traitement mixte pour comparer les résultats.

*Culture.* — Abel Læwenberg pur. — Ampoule de 4 centimètres cubes à 4 milliards par centimètre cube.

Les séances sont faites à huit jours d'intervalle.

1<sup>o</sup> Traitement par vaccination locale (scarification des cornets inférieurs et moyens, pulvérisations et badigeonnages du 12 janvier au 8 mars 1924).

9 séances.

Dose totale : 144 milliards.

*Résultat.* — Amélioration mais persistance des croûtes et de l'atrophie.

2<sup>o</sup> Traitement par vaccination cutanée du 16 mars au 24 mai 1924.

Dose totale : 144 milliards.

Le traitement mixte complet donne 288 milliards.

*Résultat.* — Disparition presque complète des croûtes et de l'odeur. Bon résultat.

\*  
\* \*

Chez tous nos malades nous avons enregistré des résultats des plus encourageants : dans 3 cas *l'amélioration est considérable* et sur les 3 autres, les croûtes ont disparu, l'atrophie des cornets est moins marquée, la muqueuse a repris une teinte plus vive et il semble qu'on soit autorisé à parler de *guérison*.

La *technique* est facile, tant pour les scarifications cutanées que pour les pulvérisations intranasales qui ne sont effectuées qu'après décapage de la muqueuse et scarifications.

Après avoir commencé par utiliser l'eau physiologique comme excipient, nous nous sommes adressés à l'émulsion dans l'huile de vaseline : le vaccin adhère ainsi aux téguments comme à la muqueuse pituitaire.

Nous n'avons jamais observé de réactions générales, comme après les injections sous-cutanées ou sous-muqueuses.

En résumé la *vaccino-thérapie locale de l'ozène*, utilisant les *scarifications intranasales* et les *scarifications cutanées*, est une *méthode simple, facile à appliquer*, sans aucun inconvénient. Elle constitue une mise en pratique des *données les plus récentes émises sur le mécanisme de l'immunité et de l'immunisation*. Sur le terrain pratique elle donne les *résultats les plus encourageants*.

---



## CONSIDÉRATIONS SUR LA TUBERCULOSE PRÉCOCE DU LARYNX A PROPOS D'UN CAS DE TUBERCULOME

Par E. CURCHOD (Lausanne).

---

La tuberculose précoce du larynx, non seulement offre au spécialiste l'intérêt de dépister la nature bacillaire des lésions, mais donne aussi l'occasion de poser avec des données un peu spéciales le problème encore irrésolu de l'inoculation microbienne du larynx. On en jugera d'après l'histoire de notre malade.

M<sup>me</sup> B... est âgée de 40 ans, son père est mort jeune de pneumonie, sa mère est en bonne santé. Comme maladie antérieure elle accuse une scarlatine dans l'enfance et de temps en temps des digestions pénibles. Le mari est mort à l'âge de 40 ans d'une affection d'estomac. Notre patiente a une seule fille de 13 ans un peu anémique (pas de fausses-couches). Depuis six ans, M<sup>me</sup> B... travaille dans un atelier de couture, où elle est préposée au dévidage et au foulage de la laine en ballot. Bonne santé jusqu'en août 1922 où notre malade se sent brusquement peu bien ; elle est souvent prise de toux sèche sans expectoration et éprouve à la gorge une sensation irritante de corps étranger qui augmente à l'air et au froid, la voix est voilée surtout le soir. D'août à octobre elle transpire chaque nuit à « mouiller sa chemise », l'appétit manque, M<sup>me</sup> B... perd 5 kilos environ en trois mois. En octobre elle se décide à consulter un médecin, le Dr Tecon qui lui fait prendre sa température cinq fois par jour ; le thermomètre ne s'élève jamais au-dessus de 36°8. On constate aux poumons une respiration légèrement rude aux deux sommets sans râle, ni bruit adventice, spiromètre 2 l. 500 (a de la peine à souffler correctement), pouls régulier (80) ; pression artérielle au Vaquez 125/80, poids 45 k. 500 pour une taille de 1 m. 44.

Comme l'enrouement et la toux persistent, le Dr Tecon nous adresse la malade fin décembre 1922 en nous fournissant les renseignements qui précèdent. M<sup>me</sup> B... reconnaît avoir une tendance à tenir la bouche ouverte, mais elle n'est pas particulièrement sujette à s'enrhumer, et n'a souffert précédemment ni d'angine, ni de laryngite ; la gorge un peu sèche le matin l'oblige à « racler », pour se débarrasser de quelques mucosités.

A l'examen des voies respiratoires nous constatons : déviation

courbe de la cloison vers la droite, méat inférieur gauche obstrué par un cornet inférieur hypertrophié, pas de sécrétion anormale ; résidus de la troisième amygdale. Muqueuse pharyngée de teinte normale, sans follicule apparent, lacis vasculaire très abondant, amygdales de volume moyen sans concrétions.

Les muqueuses du palais sont bien colorées ; dentier complet à la mâchoire supérieure, incisives médianes et canines inférieures en mauvais état.

*Larynx* : les deux tiers antérieurs de la fausse-corde vocale gauche sont augmentées de volume *in toto*, la tuméfaction ainsi constituée atteint presque la ligne médiane et cachent la corde vocale sous-jacente à la vue dans la position d'inspiration, l'affrontement des cordes se trouve empêchée durant la phonation ; la surface est lisse, la muqueuse de couleur normale, rouge homogène, sans ulcération visible au miroir grossissant anastigmatique. Dans la région ary-aryténoïdienne, les replis de la muqueuse sont très marqués, la muqueuse paraît épaissie, épiglote côté droit du larynx et corde vocale gauche (1/3 postérieur) sans particularité.

Examen sérologique. — Bordet-Wassermann négatif, Vernes teinte 2-3.

*Traitement*. — Le 20 janvier 1923 excision à la pince emporte-pièce d'un fragment de la tumeur, puis cautérisation profonde. L'examen anatomo-pathologique de la pièce par le professeur de Meyenbourg fournit les renseignements suivants : « Revêtement à cellules pavimenteuses, dans le tissu sous-jacent nodules aux environs des formations glandulaires. Ces nodules contiennent des cellules épithélioïdes, quelques rares cellules géantes du type Langhans. Infiltration lymphocytaire autour des foyers, nulle part de caséification. Pas de bacille de Koch : tuberculose très probable.

En février la malade reçoit en deux séances de radiothérapie externe une dose de 10 H. à travers un filtre de 1 mm. Al + 1/2 mm Zn.

Mars : nouvelle cautérisation de la portion antérieure de la tumeur insuffisamment détruite lors de la première intervention, nouvel examen histologique qui confirme le premier résultat.

En mai, corde vocale droite un peu rouge et infiltrée ; présente sur son bord libre une petite ulcération qui disparaît après deux ou trois attouchements à l'acide lactique. La voix, restée aphone depuis la dernière intervention, revient peu à peu à la normale. Résection du cornet gauche suivie d'une forte angine.

Juin : la malade a augmenté de 6 kilos en cinq mois, appétit très bon. Localement, la bande ventriculaire a repris son aspect normal sauf dans la partie toute antérieure où on constate encore une légère voussure vers le bord libre. Petit polype comme une tête d'épingle à la partie toute postérieure de la corde vocale droite.

L'état général s'est maintenu depuis un an et demi et l'aspect du larynx, que nous contrôlons de temps en temps, n'a pas changé.

La nature semblant avoir voulu accumuler sur la même tête les anomalies rares l'a dotée d'un colobome bilatéral de l'uvée : la perte de substance s'étend jusqu'à la périphérie de l'iris, la pupille a la forme d'une poire ; elle réagit bien à la lumière et à l'accommodation, la vision est relativement peu altérée, comme on pourra en juger d'après les

annotations faites en 1915 par le professeur Eperon : « Aux deux yeux, astigmatisme myopique composé oblique. Acuité visuelle corrigée ; œil gauche  $V = 0,6$  ; œil droit  $V = 0,7$ . Colobome intéressant l'iris, le corps ciliaire et la choroïde à sommet situé à 3-4 diamètres papillaires au-dessus de la papille. Légères opacités corticales postérieures périphériques. Lésions myopiques banales dans la région papillaire.



FIG. 1. — M<sup>me</sup> B. Colobome irien bilatéral.



FIG. 2. — M<sup>lle</sup> B. Colobome irien de l'œil gauche.

Nous donnons ici à côté de la photographie de notre malade, celle de sa fillette âgée de 13 ans, qui présente également un colobome

congénital de l'uvée à caractères identiques, mais à siège unilatéral. Pas d'autre stigmate de dégénérescence. Nous n'avons pas pu savoir d'une façon précise si cette malformation se trouvait chez d'autres membres de la famille, la grand'mère en est indemne.

Pour en revenir aux lésions du larynx, elles correspondent bien, cliniquement, à celles de la « tumeur tuberculeuse » telle que l'ont décrite Schech, Avellis, Hajek, Panzer, Makenzie, Bentzen, Semon, Jaehne, Askanazy, Gechtmann (1) et d'autres : tumeurs à évolution lente, de forme arrondie et de surface lisse, bien délimitée des tissus avoisinants, soit à implantation large, soit pédiculée, se développant dans n'importe quelle partie du larynx ; la partie muqueuse est d'apparence normale, ne présente pas de tendance au sphacèle, on ne trouve pas d'ulcération dans le voisinage immédiat, signe distinctif d'avec les hyperplasies en crête de coq qui se forment à proximité d'une lésion ulcérée. Au microscope, les éléments typiques de l'inflammation tuberculeuse sont entourés de plusieurs couches concentriques formées par des cellules fusiformes ; absence de foyer de caséification, et tendance des noyaux à subir la métamorphose fibreuse.

Il est vrai que Blumenfeld (2) et Portmann ont protesté contre l'abus du terme de tumeur appliqué trop souvent à toutes les hyperplasies de nature bacillaire. Le premier réserve cette désignation aux seules néoformations où l'élément conjonctif est prédominant, et Portmann insiste non seulement sur ces caractères histologiques, mais aussi sur la nature envahissante des lésions qui donne au « fibro-tuberculome » l'apparence d'un néoplasme malin. Il y a évidemment entre ces cas extrêmes des différences considérables, mais ne sont-elles pas plutôt d'ordre quantitatif et ne s'agit-il pas d'un phénomène réactionnel d'intensité différente du même agent pathogène ?

Ce qui fait pour le clinicien l'intérêt de cette forme, surtout quand elle survient sans autre localisation clinique décelable de tuberculose, c'est la possibilité d'erreurs de diagnostic : dans la première phase on peut penser à une tumeur bénigne et laisser courir son malade, sans lui donner les indications diététiques

1. Bibliographie indiquée dans les travaux d'Avellis. *Tuberculöse Larynxgeschwülste*, *Deutsche Medizin Wochenschrift*, 1891, n° 32-33. Askanazy. *Ueber tumorartiges auftreten der tuberculose*. *Ztsch. f. Klinische Medizin*. Bd 32. Heft 3-4. Jaehne. *Un cas de tuberculose du larynx*. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*. Bd 66. Heft 1-2. Gechtmann. *Ueber Lupome, besonders des larynx*. *Zeitschrift für Laryngologie*, 1915. Bd VII. Portmann. *Le fibro-tuberculome du larynx*. *Presse médicale*, 1920, p. 101.

2. Blumenfeld. *Endolaryngeale Operationen in Handbuch der speziell. Chirurgie des Ohres und der oberen, Luftwege*, de Katz-Blumenfeld, 1922.



opportunes ; plus tard dans les cas où les lésions sont plus étendues et ont envahi tout le larynx, comme dans le cas de Portmann, le diagnostic de tumeur maligne s'impose à première vue, et plusieurs fois la laryngectomie ou l'excision de la tumeur par laryngotomie, ont été pratiquées dans ces conditions (Gussenbauer (1), Dehio (2), Escat (3), la nature tuberculeuse des lésions ne fut découverte qu'après coup. L'examen anatomo-pathologique représentera donc la pierre de touche du diagnostic et du traitement pour les formes assez fréquentes où la tumeur est la première localisation accessible de la bacillose (« laryngite précoce »).

Outre ces caractères cliniques, déjà mis au point dans les études complètes que nous avons mentionnées, l'histoire de notre malade présente quelques traits assez spéciaux sur lesquels il vaut la peine d'insister : d'abord elle respire habituellement la bouche ouverte, par le fait d'une atrésie nasale déjà signalée, de plus elle travaille au foulage et au dévidage de la laine dans une atmosphère saturée de poussière. L'influence nocive des poussières sur les voies respiratoires a retenu l'attention des hygiénistes et des cliniciens ; ce fait ressort des statistiques où l'on voit que la morbidité et la mortalité par affection pulmonaire dans les « professions à poussières » sont supérieures à celles de la population active totale. Sans avoir l'action délétère de certains produits chimiques ou des poussières coupantes (métaux, porcelaine, etc.), l'inhalation des poussières de laine paraît aussi prédisposer à la tuberculose des voies respiratoires, comme l'attestent les chiffres suivants extraits d'une statistique anglaise (4) ; pour un même chiffre de population active totale et d'ouvriers occupés au travail de la laine (drapiers, cardeurs de laine, bonnetiers, matelassiers, tapissiers, etc.), il meurt : 183 des premiers par tuberculose pulmonaire et maladie de poitrine pour 202 des seconds, 173 des premiers par tuberculose pulmonaire seule pour 181 des seconds, 192 des premiers par autres affections de poitrine pour 224 des seconds.

Ces constatations se trouvent du reste confirmées par les expériences de Cesa-Bianchi (5) : un certain nombre de cobayes sont exposés plusieurs heures par jour et pendant quelques semaines

1. Cité par Avellis.

2. Cité par Avellis.

3. Cité par Portmann.

4. *Traité d'hygiène*, Chantemesse et Mosny 1908. Fasc. VII. *Hygiène industrielle*, p. 51.

5. Cesa-Bianchi. Staubinhalation und Lungentuberkulose. *Zeitsch. für Hygiene und Infektionskrankheiten*, 135 LXXIII, 1913.

dans un local saturé de poussières ; inoculés ensuite avec des émulsions de bacilles de Koch à virulence atténuée et ne déterminant pas de lésions graves chez des animaux témoins, ces cobayes meurent rapidement de tuberculose du poumon, quel que soit d'ailleurs le mode d'inoculation (sous-cutané, intra-veineux ou intra-trachéal).

Nous sommes malheureusement beaucoup moins bien documentés sur le rôle des causes industrielles dans la localisation laryngée de la phtisie. Cette forme se rencontre en moyenne deux fois plus souvent chez l'homme que chez la femme, et cette fréquence a été mise soit sur le compte des poussières professionnelles à l'action desquelles les hommes sont plus souvent exposés, soit de l'usage immodéré de l'alcool et du tabac, qui constitue un apanage sinon exclusif du moins essentiel du sexe fort. Les statistiques englobant la tuberculose du larynx sont rares et peu concluantes. Laub (1), s'est livré à une enquête comparative sur le rôle des poussières chez un certain nombre de malades, atteints d'affections pulmonaires seulement, ou de tuberculose pulmonaire et laryngée, il cite les chiffres suivants :

	Poussières métalliques	Poussières végétales	poussières minérales
Tuberculeux pulmonaires exposés par leur profession à l'aspiration des poussières. . . .	19.0 %	20.8 %	8.1 %
Tuberculeux laryngés exposés par leur profession à l'aspiration des poussières . . . . .	30.7 %	15.7 %	6.1 %

Dans son article sur « La tuberculose laryngienne des travailleurs » Ferreri (2) constate sa fréquence dans les régions industrielles, chez les individus qui travaillent dans une atmosphère renfermée, dans des ateliers, ou qui se trouvent exposés à l'action des poussières irritantes (manipulateurs de caoutchouc, teinturiers, tisseurs, fourreurs, mineurs, etc.).

Il y a lieu du reste de réserver ses conclusions dans la forme habituelle de la tuberculose laryngée, où le rôle traumatisant de la toux et la stagnation de crachats dans le larynx suffisent bien souvent à eux seuls pour expliquer cette localisation. Par

1. Cité dans Blumenfeld. *Obere Luftwege in Handbuch der tuberkulose*. Bauer, Schroeder et Blumenfeld, 1919.

2. Ferreri. *Archives internationales de laryngologie*, mars 1923.

contre, la forme précoce de laryngite bacillaire semblerait plus propice à l'étude du rôle joué par les poussières irritantes. Les cas de tuberculomes publiés sont trop restreints pour permettre des conclusions d'ensemble et les histoires de malades sont assez laconiques à ce sujet ; il ne semble pas ressortir des observations publiées que la forme précoce de laryngite tuberculeuse soit l'apanage d'une catégorie spéciale de la population, l'un et l'autre sexes peuvent en être atteints, et parmi les victimes nous trouvons des représentants de toutes professions (intellectuels, orateurs, agriculteurs, ouvriers, manœuvres, « sans professions »). A une époque où les questions d'hygiène sociale, de mesures préventives et de maladies professionnelles retiennent l'attention des médecins comme des législateurs, il vaudrait la peine de recueillir le plus de renseignements possible d'ordre étiologique. sur cette forme de tuberculose.

A défaut d'une documentation clinique plus abondante, nous en sommes réduits encore aux hypothèses, étayées sur les résultats de recherches expérimentales, pour expliquer le mécanisme de l'inoculation bacillaire dans le larynx. On se représente facilement que, chez une malade privée des services de son filtre nasal, une partie des poussières inhalées soit retenue au fond de l'entonnoir laryngé et que leur action traumatique s'exerce de préférence sur les parois latérales des bandes ventriculaires et du ventricule de Morgagni ; cet endroit est d'après Avellis, Jaehne et d'autres un des sièges de prédilection des lésions hyperplasiques.

Nous venons d'en observer un cas chez une jeune fille de 19 ans, couturière, sans hérédité, ni antécédents tuberculeux ; elle a fait en janvier une grippe fébrile pendant trois jours, mais sans complication pulmonaire, depuis lors la voix est restée voilée et quand la malade s'est présentée en mai à notre consultation spéciale de la Polyclinique universitaire, nous avons constaté au larynx un polype de surface irrégulière, inséré dans le ventricule de Morgagni, sans aucune autre lésion muqueuse. L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic de tuberculose, mais le tableau clinique et l'aspect des coupes rappellent une lésion de tuberculose banale. Aux poumons, submatité d'un sommet sans bruits adventices, il ne s'agit pas de « tumeur » à proprement parler, mais d'une laryngite précoce.

Le larynx peut-il être infecté directement par les bacilles véhiculés avec les poussières de laine ? Il ne s'agit pas, cela va sans dire, de laine d'animal malade, puisque le mouton est réfractaire

à la tuberculose, mais de souillures survenues au cours des manipulations. Le tuberculome correspondrait à une réaction de défense locale par un organisme en état d'allergie. Cette explication de contagion directe, la plus simple du reste et la plus logique à première vue, a été émise il y a un siècle par Louis et défendue jusqu'à présent par de nombreux cliniciens. On connaît les arguments invoqués contre elle : début des lésions dans la profondeur, barrière infranchissable opposée à la pénétration de bacilles par l'épithélium, qui n'a pas la propriété d'absorption de la muqueuse intestinale. Ce mode d'infection a été réalisé sur l'animal par Albrecht (1) qui provoque chez le lapin des lésions de phtisie du larynx en y déposant des émulsions de bacilles ou des crachats de malades. Ces faits nous montrent que l'« *infection par contact* » est possible sans que les autres éventualités se trouvent condamnées de ce fait.

L'infection du larynx par « *voie lymphatique* » n'a pas encore pu être réalisée chez l'animal ; les expériences précitées de Cesa-Bianchi montrent toutefois que l'inoculation du poumon, préparée et favorisée par l'action traumatisante, peut se produire aussi bien par voie lymphatique et sanguine. Suivant Blumenfeld (*loc. cit.*), la disposition du système lymphatique dans le larynx est très favorable au développement des bacilles ; mais une infection du larynx par les ganglions trachéo-bronchiques suppose que les bacilles progressent en sens inverse du courant, d'autre part Beitzke (2) a montré qu'il n'existait pas de communication entre le système lymphatique pulmonaire et celui du cou. Il ne resterait comme voie de pénétration que la possibilité d'une résorption des microbes par les amygdales et les lymphatiques du cou.

Albrecht a provoqué également des lésions tuberculeuses au larynx par la voie sanguine, mais au prix d'artifices qui ne correspondent guère aux conditions physiologiques normales (ligature de la carotide en aval et en amont de la bifurcation des thyroïdiennes, injection d'une émulsion de bacilles dans le tronçon artériel vide). La disposition des artères laryngées, qui se séparent des thyroïdiennes presque à angle droit, est peu favorable à la propulsion des bacilles ; l'infection du larynx par ce moyen ne pourrait s'expliquer que par la présence, dans les gros troncs artériels, de bacilles en nombre considérable, comme dans la granulie.

1. Albrecht. Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Kehlkopftuberkulose. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*. Bd. LV1, 1908.

2. Cité dans Albrecht.



Chacune de ces hypothèses, basée sur des arguments physiologiques et cliniques sérieux, présente des points faibles qui n'échappent pas à la critique. Il est fort vraisemblable du reste que la Nature, féconde en expédients, déjoue la rigueur de nos classifications trop schématiques, et utilise chacun de ces moyens suivant les besoins de l'heure et dans des conditions qui nous échappent encore.

---

# LEÇON CLINIQUE

---

## SPASMES ET DILATATIONS DE L'ŒSOPHAGE (1)

Par **L. BALDENWECK**

---

Il vous paraîtra peut-être paradoxal, Messieurs, de voir réunir dans une même leçon des affections apparemment si dissemblables que les spasmes et les dilatations de l'œsophage. Mais ce n'est là qu'une apparence. Vous verrez en effet que ces deux groupes de maladies sont étroitement unis et se commandent même l'un l'autre.

Si nous mettons à part les spasmes généralisés assez rares et dont nous dirons d'abord quelques mots, les spasmes de l'œsophage occupent deux zones déterminées : l'extrémité supérieure ou *bouche* de l'œsophage et l'extrémité inférieure, c'est-à-dire le cardia ou mieux le segment immédiatement sus-jacent. Quant aux dilatations, elles sont partielles (diverticules) ou généralisées (grandes dilatations, méga-œsophages).

Pour la commodité de la description — manière de faire, justifiée aussi par certaines considérations pathogéniques — nous rapprocherons les diverticules des spasmes de l'extrémité supérieure et nous ferons suivre la description des spasmes de l'extrémité inférieure par celle des dilatations diffuses. Le traitement de ces affections sera envisagé dans un chapitre d'ensemble terminal.

Nous étudierons donc successivement :

- A. — Les spasmes généralisés.
- B. — Les spasmes de l'extrémité supérieure.
- C. — Les diverticules.
- D. — Les spasmes de l'extrémité inférieure.
- E. — Les dilatations diffuses.
- F. — Le traitement.

1. Leçon faite dans le service du professeur Carnot à l'hôpital Beaujon et dans le service du Dr Bourgeois à l'hôpital Laennec.

### SPASMES GÉNÉRALISÉS

Les spasmes généralisés ne sont pas habituellement décrits. Ils existent cependant, mais sont rares et affectent généralement un caractère essentiellement temporaire.

Certains sujets nerveux se plaignent d'une sensation de constriction, surtout après la déglutition de bouchées un peu volumineuses. Exceptionnellement ils accusent des temps d'arrêt réels, localisés alors d'une manière imprécise dans la région cervicale et suivis d'une gêne diffuse dans le restant du canal œsophagien. Ces troubles sont d'ailleurs inconstants, irréguliers et n'amènent pas le malade à restreindre les aliments.

La radioscopie ne montre généralement rien de bien net. A l'œsophagoscopie, on rencontre une certaine difficulté à franchir la bouche de l'œsophage, même après anesthésie soignée. Puis au lieu d'avoir simplement à déplier la muqueuse de l'œsophage cervical, dont les parois sont normalement accolées, mais s'écartent facilement, on est obligé d'exercer une certaine pression pour faire progresser l'œsophagoscope. L'œsophage est en effet contracté devant le tube. Et cet état se prolonge dans la partie thoracique dont la lumière loin d'être largement béante, comme normalement, est effacée par l'affrontement des parois.

Dans un cas observé par moi, le spasme était tel que même pendant son retrait, l'instrument était comme coincé par l'œsophage. De toute façon, ces spasmes généralisés ne correspondent pas à une lésion anatomique perceptible. Essentiellement éphémères, ils disparaissent en particulier du fait de la seule manœuvre œsophagoscopique.

A vrai dire, les causes semblent obscures. Il m'a paru s'agir surtout de femmes nerveuses ou d'hommes éthyliques. Un excès de boisson, l'abus de condiments, doivent déterminer une poussée d'œsophagite légère, point de départ de la contracture œsophagienne. De fait la muqueuse apparaît à l'examen rouge et parfois moins humide que normalement. Chez les femmes névropathes, il s'agit sans doute d'un déséquilibre d'innervation, mis en branle par une cause alimentaire (bouchée trop grosse, mets épicé, etc.), ou par un choc nerveux (frayeur, émotion). Ces cas rentrent évidemment dans ce que les anciens décrivaient sous le nom d'œsophagisme.

\*  
\* \*

## SPASME DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE

(Pharyngo-spasmes)

Ces spasmes sont en réalité des spasmes de la région limitrophe de l'hypopharynx et de l'œsophage, de la *bouche* de l'œsophage. A quoi répond ce terme maintenant classique ?

Comme vous le voyez (fig. 1), la partie la plus basse du crico-

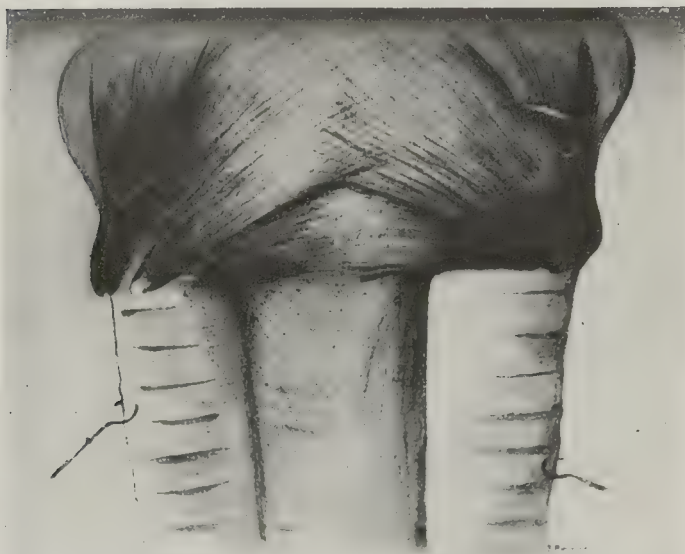


FIG. 1 (d'après Killian).

pharyngien présente deux sortes de fibres. Les plus élevées forment deux faisceaux symétriques, obliques, s'entrecroisant sur la ligne médiane. C'est la *pars obliqua* de Killian. Les deuxièmes, inférieures, forment un ruban transversal. Celui-ci se confond en bas avec les fibres circulaires de l'œsophage ; mais, en haut, il est séparé de la *pars obliqua* par un interstice où s'insinue le récurrent. Ce faisceau transversal inséré, en avant, sur les faces latérales du cartilage cricoïde, est curviligne ; il



figure une fronde, d'où le nom de *pars fundiformis* (fundo, je lance) que lui a donné Killian.

Anatomiquement, il marque la limite entre le pharynx et l'œsophage. Physiologiquement, il est le muscle de la lèvre de la bouche de l'œsophage ainsi que l'a établi Killian dont nous résumerons le travail remarquable.

A l'état de viduité, la région est normalement fermée. Mais, tandis qu'il est relativement facile d'entr'ouvrir mécaniquement l'hypopharynx, par exemple en tirant sur le larynx au moyen d'un crochet introduit dans son intérieur, la lèvre de la bouche, elle, oppose une résistance invincible. Killian (fig. 2) a vaine-

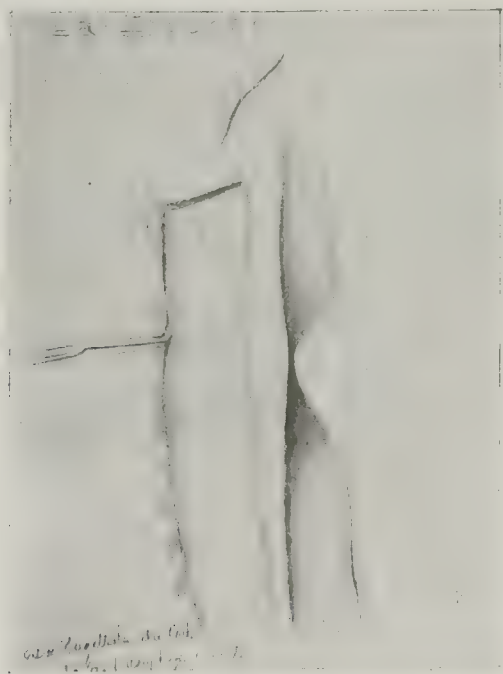


FIG. 2 (d'après Killian).

ment essayé, chez un trachéotomisé, d'entr'ouvrir cette bouche, en tirant sur le larynx avec un crochet introduit dans l'orifice de trachéotomie.

Par contre, au moment de la déglutition, la bouche s'ouvre pour laisser passer le bol ; elle se referme aussitôt après. Ce rela-

chement momentané du muscle de la lèvre est dû à un réflexe ayant son point de départ au niveau du pharynx.

Il existe donc un sphincter dont la contraction tonique ferme l'œsophage d'une manière permanente, sauf au début du temps œsophagien de la déglutition. Plus exactement c'est un demi-sphincter, puisque la partie antérieure de la bouche, constituée par le cricoïde est rigide. Et ce sphincter est formé essentiellement par la *pars fundiformis*, accessoirement par les fibres circulaires supérieures l'œsophage. C'est lui qui domine toute la pathologie de la région.

Comme tout sphincter, celui de la bouche œsophagienne est susceptible de se contracturer pathologiquement.

*Ces spasmes de la bouche œsophagienne*, sont dits, suivant les cas, ou symptomatiques, ou essentiels.

### I. -- Spasmes symptomatiques.

Les spasmes symptomatiques ou secondaires sont les moins importants. La bouche œsophagienne est un des lieux d'élections des processus pathologiques de l'œsophage. Sous l'influence de cette irritation locale, le muscle se contracture et augmente la stricture préalable, quand elle existe. Tel, est le cas des cancers de la région, des rétrécissements cicatriciels. C'est le spasme du sphincter qui bloque bien des corps étrangers, dont la forme ou la rigidité ont empêché le franchissement d'emblée de la bouche, alors que leur calibre est inférieur à celle-ci.

### II. -- Spasmes essentiels.

Le terme « essentiel » qualifie toujours un cadre provisoire qui se disloque tôt ou tard. Ainsi en va-t-il des spasmes dits essentiels. L'étiologie est maintenant connue pour un certain nombre d'entre eux et les spasmes « idiopathiques » forment un groupe d'attente qui se restreint progressivement.

Toutefois les spasmes que nous étudions se distinguent des précédents en ce qu'ils ne relèvent pas d'une lésion grossière, évidente, de la région pharyngo-œsophagienne. Disons de suite que, d'une manière générale, ils sont en rapport, soit avec une lésion discrète de cette région, soit avec une lésion patente ou non, mais éloignée de l'œsophage ou de l'estomac. Dans quelques cas, ils paraissent indépendants de toute lésion matérielle du canal alimentaire lui-même ; on retrouve souvent alors à leur

origine un trouble organique ou dynamique du système nerveux.

Nous distinguerons tout d'abord deux sortes de spasmes : les spasmes passagers et les spasmes prolongés.

#### A. — SPASMES PASSAGERS

Subjectivement, ces spasmes sont caractérisés par l'apparition brusque d'une sensation de striction, pouvant aller jusqu'à la crampe douloureuse, avec difficulté pour avaler les aliments.

Dans les cas légers, c'est simplement l'impression d'un corps étranger dont le sujet cherche à se débarrasser par des raclements de gorge, par des déglutitions à vide ou par l'ingurgitation de liquides. Si ceux-ci sont alors quelquefois immédiatement rejetés, il n'est pas rare cependant que ces manœuvres fassent cesser un spasme peu marqué ; le réflexe pharyngo-œsophagien ouvre la bouche ; la contracture cède et parfois définitivement.

Il n'en est pas toujours ainsi. La tétanisation du sphincter n'est certes pas suffisante pour bloquer le canal alimentaire ; elle est même incomplète et surtout intermittente. Mais le spasme disparaît rarement d'emblée ; la sensation anormale persiste et le malade est incité à diluer ses aliments.

Exceptionnellement cette dysphagie mécanique est plus accentuée ; la prise alimentaire est rendue sinon impossible, du moins très difficile. Mais ce n'est jamais qu'un accès, soit isolé, soit se greffant incidemment sur des troubles plus légers.

Quoi qu'il en soit, ces manifestations ont un caractère temporaire. Généralement elles disparaissent brusquement, comme elles sont venues. Elles correspondent à l'*œsophagisme* des anciens auteurs.

Il est des spasmes absolument incidents, uniques. D'autres sont susceptibles de récidiver. Certains se reproduisent à des intervalles de plus en plus rapprochés, en même temps que leur durée a tendance à s'accroître : ce sont ceux qui évoluent vers le spasme permanent.

La variabilité de ce tableau tient évidemment à celle des facteurs en causes. Si l'étiologie a été longtemps méconnue, si même elle reste encore quelquefois obscure, actuellement ces spasmes passagers peuvent être difficilement considérés comme un trouble propre, localisé, « idiopathique » de la musculature pharyngo-œsophagienne.

Deux éléments, quelquefois associés, sont à leur base. Généralement assez faciles à saisir dans le cas des spasmes passagers

actuellement étudiés, ils nous aideront à mieux comprendre la pathogénie, quelquefois plus obscure, des spasmes permanents que nous décrirons tout à l'heure.

L'un de ces éléments est l'irritation partie de la muqueuse. L'autre est l'hyperexcitabilité nerveuse.

Un exemple du premier est fourni par les *petites éraillures* de la muqueuse, consécutives au passage d'une particule alimentaire dure ou acérée, même et surtout si elle n'a pas fait corps étranger. La perte de substance peut être assez minime, pour être difficile à retrouver.

La lésion matérielle peut même faire défaut et l'irritation de la muqueuse résulter de la déglutition d'une grosse *bouchée mal mastiquée*. Mais pour que ce petit accident perde le caractère fugitif que chacun d'entre vous a pu ressentir incidemment, pour que la contraction prolongée et un peu douloureuse prenne le caractère d'un spasme, même temporaire, il faut évidemment autre chose. Cette condition est principalement réalisée par la répétition des mastications défectueuses, telles qu'on les voit chez les *édentés* ou les gens qui *mangent trop vite*.

Combiné ou non aux précédents, le rôle du système nerveux apparaît très important.

Vous en avez un exemple très net dans la sensation de « boule » des hystériques. Le spasme œsophagien se rencontrera, épisodiquement aussi, chez les surmenés, les « nerveux », à la suite d'émotions morales vives. La cause en est évidemment dans un déséquilibre des centres.

Les lésions du système nerveux, notamment dans le tabès, la paralysie générale, peuvent retentir sur l'innervation musculaire de la région de la bouche œsophagienne et en déterminer le spasme.

Tout cela est bien acquis aujourd'hui. Il reste cependant à expliquer pourquoi, hormis certains cas comme ceux d'éraillure de la muqueuse, où la courte durée des symptômes est en rapport avec la cicatrisation rapide, la plupart des spasmes énumérés ne prennent pas toujours un caractère permanent d'emblée et sont assez souvent susceptibles de disparaître, même sans traitement.

Il semble donc qu'une simultanéité de facteurs soit nécessaire. Elle nous échappe quelquefois. Dans d'autres, elle est plus nette, quand, par exemple, l'action locale du bol est combinée avec celle du système nerveux. Une émotion vive, survenue au cours d'un spasme, est une cause bien connue de spasme.

La complexité des phénomènes mécaniques de la déglutition



pharyngée et œsophagienne, nécessite une intégrité de fonctionnement nerveux qui, si elle fait défaut momentanément, donne la raison des troubles temporaires, faisant suite à une mastication insuffisante, alors que celle-ci ne produirait rien en toute autre circonstance.

## B. — SPASMES PERMANENTS

Ces spasmes donnent lieu à une symptomatologie plus grave en même temps qu'ils peuvent être le point de départ de complications particulières.

Ils se produisent dans des circonstances très diverses ; certaines sont même mal connues.

La répétition des spasmes passagers, finit par aboutir à un spasme permanent. Nous retrouverons donc ces spasmes permanents chez les *édentés*, les *tachyphages*, et aussi simultanément chez des *surmenés* et des *névropathes*. Le volume des bouchées, leur insuffisante mastication, apportent un trouble mécanique constant au fonctionnement du pharyngo-œsophage, sans parler des traumatismes de la muqueuse, résultant de la grosseur du bol alimentaire ou des parcelles dures qu'il contient.

Il est certains cas assimilables aux fissures anales. Leur pathogénie est obscure. On a admis à leur base une éraillure traumatique de la muqueuse. Il n'est pas sûr qu'il en soit toujours ainsi. La fissure est souvent très difficile à voir ; elle peut passer inaperçue. Aussi certains auteurs, Guisez en particulier, considèrent l'existence de ces fissures comme très problématique.

On a donc recouru à d'autres explications et invoqué les pharyngites, l'hypertrophie simple des amygdales même, comme épine irritative.

Enfin il est rationnel d'incriminer l'œsophagite, par exemple telle qu'on la voit, généralement associée à de la pharyngite, chez les alcooliques fumeurs, et chez ceux qui mangent très épicé.

Il ne faut pas perdre de vue d'une manière générale le rôle de la sensibilité pharyngée dans la production du spasme. La physiologie montre que l'excitation du glosso-pharyngien exerce une action d'arrêt sur le muscle de la bouche œsophagienne. En présence d'une irritation anormale de la muqueuse pharyngée (bouchée trop dure, trop grosse, etc.), il se produit une action de défense et l'irritation du IX aboutit à la non-ouverture de la bouche œsophagienne.

A côté de ces spasmes qu'explique une lésion, patente ou

latente, de la bouche, il en est toute une catégorie d'autres qui sont en rapport avec une altération, mais cette fois à distance, de l'œsophage ou de l'estomac.

Toutes les compressions extrinsèques, mais surtout les rétrécissements intrinsèques, et au premier rang, les néoplasmes de l'œsophage, s'accompagnent très fréquemment de spasme de son extrémité supérieure.

Or ces spasmes se voient non seulement dans les cancers de la partie haute de l'œsophage, mais dans ceux situés plus bas, en particulier dans ceux très fréquents de la région diaphragmatique et du cardia, même s'il n'y a pas de dilatation rétro-strikturale nette. Ces spasmes sont dus à des actions réflexes, que laissent facilement entrevoir les connexions nerveuses existant normalement entre tous les segments œsophagiens, connexions nécessaires pour assurer, chez le sujet sain, le passage normal du bol alimentaire.

En général, dans les spasmes du cardia et de l'estomac, le spasme de l'extrémité supérieure est associé à celui de l'extrémité inférieure. Mais il n'en est pas toujours ainsi. J'en ai vu le très bel exemple suivant :

Un homme d'une cinquantaine d'années m'était adressé à Beaujon avec le diagnostic de cancer probable, haut situé, de l'œsophage. De fait, ce malade avait beaucoup maigri depuis quelque temps. Il avait été obligé de restreindre progressivement la grosseur de ses aliments et était arrivé à ne prendre que des aliments liquides ou pâteux. Même ainsi, il éprouvait dans la région sus-sternale, une sensation d'arrêt qui l'obligeait à ne les prendre que par petites quantités. Encore avait-il souvent des régurgitations et des vomissements.

La radiographie était en faveur de ce diagnostic ; je la fais passer sous vos yeux (Fig. 3). Vous y voyez trois cachets opaques, donnés de cinq minutes en cinq minutes, restés en place malgré plusieurs gorgées d'eau. Le premier cachet était donc en place depuis quinze minutes, au moment de la prise du cliché. La bouillie barytée, administrée au préalable, subissait un temps d'arrêt d'une ou deux secondes et passait par fragments, semblant franchir un col étroit.

A l'œsophagoscopie, je rencontrai une difficulté considérable à franchir la bouche, même avec la sonde conductrice. Le spasme était assez étendu en hauteur, débordant en dessus et en dessous la bouche œsophagienne et sur cette étendue toute la paroi postérieure était refoulée en avant comme par une coulée de ciment.

De sorte que je me demandai un instant, s'il n'y avait pas là un processus pathologique prévertébral. En tout cas de cancer pharyngo-œsophagien, il n'y avait pas trace. En dessous l'œsophage se montra normal.



FIG. 3.

J'ai demandé récemment des nouvelles de ce malade à son médecin. Le spasme de l'extrémité supérieure a disparu et une nouvelle radioscopie n'a rien montré d'anormal à ce niveau. Par contre sont apparus des signes radioscopiques et physiques de tumeur de l'estomac, accompagnés, cette fois, de spasme de l'extrémité inférieure de l'œsophage.

Mais, et c'est là un des côtés intéressants de l'observation, au moment où j'ai examiné le malade, la symptomatologie était celle d'un cancer de la bouche œsophagienne ; et le spasme très intense

révélé par l'œsophagoscopie disparut, quoique relativement ancien, après cette seule séance de dilatation.

En face de ces spasmes, en rapport avec une lésion du tube digestif, il en est d'autres qui relèvent uniquement de l'état du système nerveux, soit qu'ils prennent d'emblée un caractère permanent, soit qu'ils fassent suite à une série de spasmes temporaires de même origine et décrits plus haut. Nous ne revenons pas sur leur énumération étiologique. Mais il est certain que, même ici, la permanence du spasme est en grande partie due à une cause pharyngo-œsophagienne. La défectuosité des mouvements musculaires qui se combinent ou se succèdent normalement dans un ordre déterminé pendant la déglutition, au niveau du pharynx, du larynx et de l'œsophage, aboutit à une excitation locale, voire à une irritation de la muqueuse par les bols alimentaires, irritation qui intervient à son tour dans la genèse de la contracture.

Ce serait d'ailleurs une erreur de croire qu'on ne rencontre les pharyngo-spasmes que chez les adultes.

Ainsi Weil (Lyon) a montré qu'on observait dans la deuxième ou même la première enfance, du *pharyngo-spasme*. Il le distingue nettement de l'anorexie mentale des filles décrite par Comby. Ces pharyngo-spasmes infantiles ont une durée généralement courte, mais peuvent persister des mois et des années. Ils ne sont pas absolus, présentent des rémissions paradoxales, ou n'existent que pour certains aliments. Aussi est-il rare que les sujets arrivent à un état de dépérissement sérieux. Généralement ils cèdent à une ou plusieurs séances de dilatation à la sonde.

A propos de cette relativité du pharyngo-spasme infantile, je tiens à faire remarquer que d'une manière générale, tous ces spasmes, même chez l'adulte, ne présentent pas un caractère rigoureusement absolu. L'hypertonie du sphincter se relâche par moments. De plus au cours de la déglutition, la contraction musculaire de l'hypopharynx est tellement énergique qu'elle peut parvenir à forcer le sphincter œsophagien, au moins momentanément et partiellement.

Je ne m'étendrai pas sur le *tableau clinique*. Il est, en plus ou moins accentué, celui que je vous ai incidemment esquissé à propos de mon malade. Il s'est trouvé qu'en fait, celui-ci était porteur d'un cancer stomacal. Mais quelle que soit la cause du



spasme, c'est presque toujours avec le diagnostic de cancer haut situé que nous sont envoyés ces malades. Arrêt des aliments dans la région du cou, rejet de ceux-ci, vomiturations, alimentation de plus en plus restreinte et de plus en plus molle, amaigrissement enfin : tout justifie ce diagnostic, quand le sujet a atteint l'âge mûr y compris souvent même l'image radioscopique. Et la véritable nature de ces *pseudo-cancers* ne peut être établie que par l'œsophagoscopie.

L'*œsophagoscopie* ne décèle généralement pas l'aspect si particulier, présenté par notre sujet. Mais elle en révèle l'ébauche et est caractéristique. En dehors de la difficulté que l'on peut avoir à franchir la bouche de l'œsophage, celle-ci se présente d'abord sous la forme d'une fente transversale extrêmement serrée, donnant parfois l'impression d'être reportée en avant et dont la lèvre postérieure, vigoureuse, saille fortement, ayant tendance à surplomber la partie antérieure. Les résultats de l'exploration de l'œsophage varieront ensuite, une fois la bouche franchie, avec la cause du spasme. Je n'insiste pas.

L'*évolution* est variable. Si les spasmes aigus disparaissent avec la cause qui leur a donné naissance, nous avons vu cependant qu'ils pouvaient devenir permanents, surtout s'ils récidivent. Les spasmes permanents, — pour autant qu'ils ne sont pas reliés à un néoplasme — sont en principe influençables par la thérapeutique. Même on a vu dans le cas rapporté plus haut de cancer de l'estomac que le pharyngo-spasme avait cédé à une séance de dilatation.

Cette guérison des spasmes, de ces *pseudo-cancers*, est une des conquêtes de l'œsophagoscopie. Mais si l'affection a été abandonnée à elle-même, si la thérapeutique mise en œuvre tardivement se montre inefficace, deux ordres de complications peuvent surgir.

L'une est la *sténose inflammatoire*. Sous l'influence de l'irritation du spasme, la muqueuse et les couches sous-jacentes s'enflamment chroniquement. Il se produit une réaction, aboutissant cette fois à une sténose véritable, avec parfois la formation de diaphragmes cicatriciels. Cette complication qui, quoique pouvant se présenter à l'extrémité supérieure, se voit surtout au cours des spasmes de l'extrémité inférieure, sera décrite avec ces derniers.

L'autre est le *diverticule pharyngo-œsophagien* que nous allons maintenant étudier.

\*  
\* \*

## DIVERTICULES DE L'ŒSOPHAGE

On distingue deux sortes de diverticules : les diverticules par pulsion, les diverticules par traction ou de Zenker. Quoiqu'essentiellement différents, ils seront réunis ici, pour la commodité de la description.

### I. — Diverticules par traction

Nous serons brefs sur eux. Ils peuvent siéger en n'importe quel point de l'œsophage, mais de préférence à sa partie thoracique. Ils résultent de la *traction* exercée en point de l'œsophage par des adhérences, provenant le plus souvent de ganglions médiastinaux (aussi les voit-on surtout chez les tuberculeux), ou de cancers extrinsèques à l'œsophage. Leur volume et leur forme sont variables ; mais ils n'atteignent généralement pas un grand volume. Aussi leur expression clinique est-elle des plus réduites et perdue dans la symptomatologie de l'affection causale. Ils peuvent n'être qu'une découverte radioscopique, souvent même nécropsique. Ils sont parfois multiples. Guisez en a observé un cas consécutif à une sténose cicatricielle par blessure de guerre.

### II. — Diverticules par pulsion.

Au contraire des précédents, ces diverticules par pulsion prennent naissance en un même point : la limite du pharynx et de l'œsophage. Ce sont des *diverticules pharyngo-œsophagiens*. Connus depuis longtemps, ils ont été surtout étudiés par Killian, puis par Guisez, Sargnon, Ch. Jackson et la plupart des œsophagoscopiques actuels.

Il en est de consécutifs à des sténoses cicatricielles de l'extrémité supérieure de l'œsophage (Guisez) ; ils n'ont pas de siège fixe. Il existe des diverticules nettement congénitaux ; j'en ai vu chez une malade de MM. Carnot et Blamoutier. Certains auteurs ont attribué autrefois une origine congénitale à tous les diverticules pharyngo-œsophagiens proprement dits. Cette théorie a été reprise par Bard, sous la forme d'une prédisposition tissulaire ; nous y reviendrons à propos des dilatations idiopathiques.

Mais comme l'ont fait justement remarquer Killian et Guisez,

le diverticule est *la conséquence, la complication du pharyngo-spasme*. Son étiologie se confond avec celle de ce dernier ; nous n'y reviendrons donc pas. Ce qui peut en faire méconnaître l'origine spasmodique, c'est la période tardive à laquelle les malades viennent souvent consulter.

Pour comprendre le mécanisme de leur formation, il est nécessaire de préciser leur point de départ :

Killian a mesuré, tant sur le cadavre que sur le vivant, la distance qui sépare les arcades dentaires de l'orifice du diverticule. Elle est constante : 17 centimètres environ. D'autre part cet orifice se trouve toujours sur la paroi postérieure du pharynx. Les dissections lui ont ensuite montré que la hernie diverticulaire, partie de cet orifice, se faisait en une zone constante, c'est-à-dire *entre la pars obliqua et la pars fundiformis* (fig. 4).

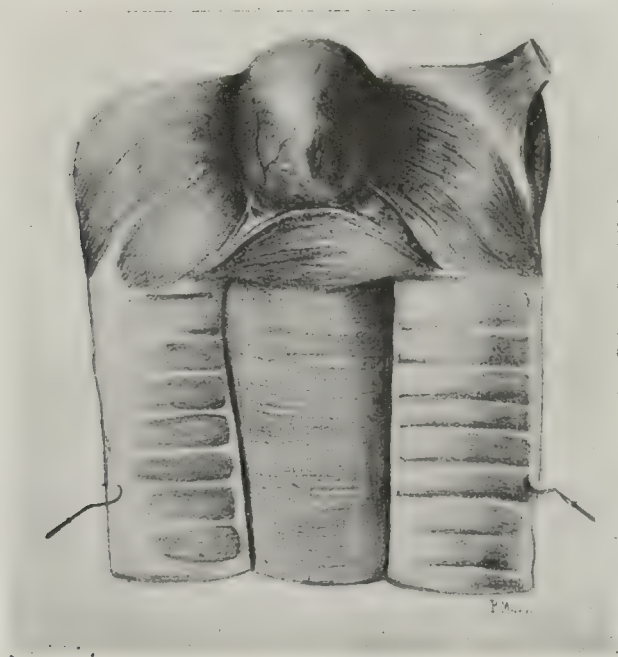


FIG. 4 (d'après Killian).

Cette disposition résulte des facteurs mécaniques de la déglutition et des conditions anatomiques, notamment chez les sujets atteints de spasmes de la bouche œsophagienne. Chez eux, en

effet, le bol alimentaire trouve la bouche œsophagienne fermée. D'autre part l'hypopharynx se trouve clos de tout côté du fait de la déglutition : accolement du voile à la région prévertébrale, voussure de la langue, élévation du larynx, obturé lui-même par l'épiglotte.

Il existe donc dans l'hypo-pharynx une suppression causée par la contraction musculaire qui s'efforce d'éliminer le bol alimentaire. Mais elle est inopérante en avant, à cause de la résistance opposée par le larynx. Il en est de même sur les côtés où les lobes thyroïdiens (Killian) soutiennent le pharynx. En arrière, si la pression est neutralisée par la *pars fundiformis*, spasmodiée et les contractions de la *pars obliqua*, cherchant à pousser le bol, elle trouvera par contre une moindre résistance entre ces deux faisceaux, dans cet interstice où nous avons vu passer le récurrent.

Une dépression va donc se produire à ce niveau. Une fois amorcée, la hernie se développera d'autant plus facilement que la résistance sera plus faible. Elle trouvera d'ailleurs un développement facile dans le tissu cellulaire lâche rétro-œsophagien.

Ainsi ces diverticules par pulsion se produisent juste au-dessus de la bouche de l'œsophage, à la partie inférieure de l'hypopharynx. Ce sont donc en réalité des diverticules pharyngiens.

Mais par leur accroissement, ils prennent avec l'œsophage des connexions telles qu'on peut leur conserver la dénomination, classique maintenant, de diverticules pharyngo-œsophagiens.

En effet la poche, en s'accroissant, va former une cavité, où les aliments s'accumulent de plus en plus facilement. Augmentant progressivement, elle empiète sur les parois latérales du cou, contractant des adhérences, en particulier avec l'œsophage, que le diverticule finit par déborder largement.

La contenance est naturellement variable. Généralement, les diverticules sont gros comme un œuf. Mais il y en a de plus volumineux, pouvant s'étaler dans le cou et même plonger dans la partie supérieure du thorax. La paroi du diverticule est amincie et d'autant plus que le diverticule est plus volumineux. Une grande prudence est donc de règle dans l'exploration de tels malades.

*Cliniquement* ceux-ci se présentent avec un tableau toujours à peu près identique.

Les aliments s'arrêtent aussitôt déglutis. Ils sont d'abord rejetés partiellement. Cette dysphagie d'après Guisez, serait d'abord plus marquée pour les liquides. Puis petit à petit le



malade est entraîné à réduire le volume et la consistance des prises alimentaires. Ce sont là des phénomènes plus directement en rapport avec le spasme.

Dès que le diverticule atteint un certain volume, les aliments y pénètrent avec parfois un bruit de glou-glou. Ils déterminent alors une sensation de gêne, de plénitude, avec impression d'étranglement. Les malades appuient les mains sur le cou pour chercher à faire descendre les aliments, ou bien introduisent le doigt dans la bouche pour se faire vomir. Après un temps de séjour plus ou moins long, les aliments finissent par être expulsés, soit qu'ils passent progressivement dans l'œsophage, soit qu'ils soient régurgités. Ces régurgitations deviennent de plus en plus fréquentes avec le temps. Mais ce n'est guère que dans les diverticules très volumineux, que l'examen y révèle des débris alimentaires, plusieurs heures après le repas. Généralement on n'y retrouve, dans ces conditions, que des liquides glaireux.

Si le malade est examiné peu de temps après la prise alimentaire, on peut sentir, dès que le diverticule est un peu développé une masse sur le côté du cou. Naturellement ce séjour des aliments dans la poche s'accompagne de fermentations que traduit la fétidité de l'haleine.

Ces diverticules finissent par s'accompagner d'une altération importante de l'état général, avec amaigrissement. Eux aussi en ont souvent imposé pour un cancer. Mais les méthodes modernes donnent habituellement des renseignements si caractéristiques que le diagnostic se fait facilement.

La *radiographie* montre en effet, que la bouillie barytée se répand dans une poche. Dans les cas légers et moyens, l'aspect est tout à fait caractéristique (fig. 3). C'est une masse ovoïde dont les contours assez nets peuvent être rendus, par places, plus irréguliers par la présence de brides fibreuses. De face, elle se présente à peu près symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, au-dessus de la fourchette sternale. Quand le diverticule est plus volumineux, l'ombre est plus irrégulière, se répand sur les parties latérales du cou, en prédominant d'un côté et arrive à plonger dans le médiastin.

L'*œsophagoscopie*, elle aussi, est très particulière. Comme l'orifice de communication avec l'œsophage s'agrandit au fur et à mesure que le diverticule se développe, et que nous ne voyons en général ces malades qu'après un certain temps d'évolution, comme d'autre part cet orifice est évasé et regarde en haut (Killian), invariablement l'œsophagoscope, bridé par le spasme



FIG. 5.

de la bouche, pénètre dans le sac diverticulaire. La muqueuse en est, à moins de poussée inflammatoire, rose et lisse et si le diverticule est volumineux, l'excursion du tube peut être assez considérable. Puis on ne tarde pas à heurter le fond. Mais on

saisit combien une telle manœuvre peut être dangereuse, quand elle n'est pas faite avec prudence.

Si retirant le tube, on cherche à pénétrer dans la lumière de l'œsophage, cette manœuvre ne réussit pas toujours. Fermée par le spasme, la bouche ne s'ouvre pas devant le tube. De plus les aspects et les rapports normaux se trouvent modifiés. C'est très en avant et parfois latéralement qu'on rencontrera l'entrée de l'œsophage. Quelquefois cette recherche est facilitée par le relâchement et l'ouverture momentanée du sphincter, sous l'influence notamment d'efforts de vomituration. Mais il n'est pas rare que la poche diverticulaire refoule et surplombe l'origine de l'œsophage et ce n'est qu'avec le concours d'une sonde ou même par l'introduction simultanée de deux sondes, qu'on arrive à trouver l'orifice œsophagien.

Cette recherche de l'entrée de l'œsophage sera en général rendue plus facile par l'emploi de la spatule à hypopharyngoscopie de V. Eicken; spatule à bec fendu, dont le bord inférieur allongé et légèrement recourbé en avant permet de conserver le contact du cricoïde et d'entrer ainsi plus facilement dans le tube alimentaire lui-même.

\*  
\* \*

### SPASMES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE

Les spasmes de l'extrémité inférieure sont plus fréquents que ceux de l'extrémité supérieure. Les mêmes lois générales y président et nous y retrouvons les deux grands groupes de causes : les unes par lésion locale, les autres en rapport avec le système nerveux. Nous y retrouvons aussi la grande cause de tous ces troubles : la mastication insuffisante. Nous serons brefs sur tout ce qui n'est pas absolument spécial à ce spasme.

Nous laissons donc de côté les spasmes symptomatiques des corps étrangers enclavés ou des lésions consécutives, des lésions cicatricielles, des néoplasmes siégeant à leur voisinage immédiat. Rappelons simplement le rôle du sympathique, normalement constrictor de l'œsophage, plus directement en cause dans les spasmes relevant d'une altération dynamique ou fonctionnelle du système nerveux.

Plus intéressants sont les spasmes en rapport avec une lésion à distance. Cette lésion est généralement une altération stomacale et surtout un ulcus ou un cancer juxta-cardiaque ou car-

diaque. Mais elle peut être œsophagienne, c'est-à-dire siéger au-dessus de la zone spasmodiée. Elle est généralement de règle et dans l'œsophagite et dans les dilatations idio-pathiques de l'œsophage, si tant est que ces dernières existent.

Mais ici aussi, il est des spasmes dont la pathogénie est moins évidente. Liébault et d'autres admettent alors une varice ou une petite éraillure traumatique ou non de la région cardiaque ; le spasme sus-jacent est donc une réaction de défense. On a également invoqué l'existence de sténoses inflammatoires déterminant le spasme par le même processus. Mais pour Guisez, la sténose inflammatoire est la conséquence et non la cause du spasme.

Pour le même auteur, une disposition anatomique spéciale, d'ailleurs rare, favoriserait la production de ces spasmes ; c'est le pré-estomac de Luschka, petite portion dilatée, répondant à la région du cardia.

Le premier point à établir, dans l'histoire des spasmes de l'extrémité inférieure, est leur siège exact. Contrairement à ce qu'on a cru longtemps, celui-ci n'est pas le cardia lui-même. Il n'existe à ce niveau aucun sphincter. Il n'y a pas de démarcation nette entre l'œsophage et l'estomac. C'est tout au plus si par suite de la coudure de l'estomac sur l'œsophage, la muqueuse forme sur le côté gauche une pseudo-valvule. Et quoique Killian admette, avec les classiques, que le cardia est normalement fermé, sauf au moment du passage des aliments, à l'œsophagoscope, on passe dans l'estomac sans rencontrer de résistance à ce niveau.

Actuellement on admet que les spasmes de l'extrémité inférieure siègent un peu plus haut, dans ce qu'on appelle le canal cardiaque : segment de 2 à 3 centimètres commençant immédiatement au-dessus et se terminant immédiatement au-dessous du diaphragme. Cette portion est normalement rétrécie et dans la traversée du diaphragme, les parois œsophagiennes sont accolées. Les piliers du diaphragme enserrant donc ce segment et de plus envoient quelques fibres à l'œsophage (voir fig. 6). Ces spasmes ne sont donc pas des cardio-spasmes, mais des *phréno-spasmes* (Ch. Jackson). C'est sur quoi avait déjà insisté Liébault, il y a une quinzaine d'années.

Tout comme les pharyngo-spasmes, les phréno-spasmes peuvent prendre un caractère incident, aigu, ou revêtir une allure chronique.



Les premiers sont, semble-t-il assez rares. Il arrive cependant que, de temps en temps, nous ayons à voir des sujets qui brusquement ou très rapidement ont ressenti une certaine difficulté à faire passer les aliments, sans qu'ils puissent préciser d'une manière exacte le point d'arrêt. La sensibilité œsophagienne



FIG. 6 (D'après Guisez).

est en effet très obtuse et, au surplus, le spasme est incomplet et intermittent. C'est ce qui explique qu'à l'écran radioscopique tantôt la bouillie barytée ou le cachet sont arrêtés et tantôt ne le sont pas. Il faut d'ailleurs se méfier d'interpréter le ralentissement normal du bol dans le canal cardiaque pour un signe de sténose. Quoiqu'il en soit ces malades guérissent, comme ainsi dire, du seul fait de la manœuvre d'exploration endoscopique. Guisez relate cependant deux observations de spasme aigu, ayant pris un caractère dramatique, tellement l'obstruction fut brutale et intense.

Les *spasmes chroniques* présentent les trois caractères particuliers suivants : d'être presque toujours accompagnés de spasme de l'extrémité supérieure, de déterminer une dilatation œsophagienne sus-jacente et enfin d'aboutir, entre autres, à une sténose inflammatoire.

Ces caractères prennent une telle prédominance qu'on peut dire que la symptomatologie propre au spasme lui-même est, en fait, inexistante.

C'est au pharyngo-spasme que sont dues les impressions de gêne, d'arrêt alimentaire, d'étranglement que les sujets localisent au niveau du cou. C'est à la dilatation œsophagienne que sont dues les sensations de plénitude thoracique, rarement de douleur, les troubles généraux avec insomnie et plus tardivement les vomissements œsophagiens. Nous étudierons ces symptômes plus en détail à propos des dilatations œsophagiennes.

C'est qu'en effet le spasme, d'abord intermittent et irrégulier, survenant au début à un moment quelconque du repas ou ne se manifestant que pour une catégorie d'aliments donnés, s'installe petit à petit d'une manière permanente. Et ce n'est souvent qu'après plusieurs mois ou plusieurs années de « digestions lourdes » de pesanteur après les repas, d'éruptions acides, de soins et de régimes pour une maladie d'estomac, que nous voyons ces sujets. Tous symptômes en rapport avec la stase alimentaire au-dessus du spasme et qui aboutit rapidement, de même que les strictures organiques, à la dilatation de l'œsophage.

Si on *œsophagoscopie* de tels malades, on trouve — faisant pour le moment abstraction des constatations au niveau de la poche préstricturale — l'œsophage fermé au niveau de la région diaphragmatique. Le spasme se présente alors sous la forme d'un sphincter étoilé, avec un orifice quelquefois punctiforme et difficile à franchir ou s'ouvrant dans les cas légers d'une manière intermittente et rapide. Cependant, en insistant un peu, avec ou sans cocaïnisation, le tube arrive à passer en même temps que se dégagent de petites bulles crépitantes, venues de l'estomac.

Mais si le spasme est plus ancien et plus serré, la résistance est invincible. Dans le tube qui appuie sur la zone oblitérée, vient faire saillie un bourrelet sphinctérien entourant la zone étoilée centrale.

C'est donc l'œsophagoscopie qui fera faire le diagnostic, bien plus que la radioscopie. Celle-ci permet bien de localiser dans l'œsophage la cause de ces fausses « dyspepsies ». Mais si elle décèle la sténose et la rétro-dilatation, elle ne peut en général

distinguer le spasme du cancer, hormis les cas de cancer évidents.

C'est également à l'œsophagoscope que l'on doit la connaissance d'une autre complication des spasmes : la *sténose inflammatoire* (Guisez, Liébault). Il n'entre pas dans mes intentions de la décrire complètement. J'en rappellerai simplement les caractères essentiels d'après l'excellent livre, déjà cité, de Guisez (1). Sous l'influence du spasme permanent, la muqueuse se modifie. Il se produit de l'œsophagite, aboutissant à une transformation des parois qui s'hypertrophient et se sclérosent. En même temps la lumière se rétrécit. Ainsi au rétrécissement spasmodique fait suite la stricture organique, rappelant les sténoses cicatricielles. A l'examen, les lésions se présentent sous trois types : inflammatoire simple, forme hypertrophiante (avec parfois végétations simulant le néoplasme), forme scléro-cicatricielle simple ou combinée à la précédente. Cette dernière forme, malheureusement très fréquente, équivaut au point de vue de l'intensité de la stricture et de la difficulté du traitement, aux sténoses cicatricielles les plus serrées, avec lesquelles on pourrait quelquefois objectivement les confondre.

\*  
\* \*

### DILATATIONS DIFFUSES DE L'ŒSOPHAGE

La stricture d'un organe tubulaire s'accompagne toujours, comme vous le savez d'une dilatation en amont du point rétréci. Cela est particulièrement vrai pour l'œsophage. Au-dessus des sténoses cicatricielles ou cancéreuses, nous rencontrons toujours des poches plus ou moins volumineuses et plus ou moins étendues. Il en est de même à la suite des compressions de l'œsophage.

Dans les spasmes de l'extrémité inférieure et les sténoses inflammatoires qui leur succèdent, les dilatations prennent souvent une dimension assez grande, quelquefois même stupéfiante. Durée plus longue de l'évolution, intermittence du spasme au début, obscurité prolongée des symptômes qui ne nous fait envoyer les sujets qu'à une période avancée, telles sont sans doute les principales raisons de ces particularités de volume.

Ces dilatations ont été longtemps taxées d'idiopathiques. Mais

1. Guisez, *Rétrécissements de l'œsophage et de la trachée*, Masson, édit., 1923.

la connaissance des spasmes et des sténoses inflammatoires a réduit ce domaine. Guisez et d'autres voient même dans ces deux facteurs la cause presque constante de ces dilatations. Autrement dit, il n'y a plus pour eux de dilatations « idiopathiques ».

Cette opinion est aujourd'hui fortement attaquée, au moins dans son exclusivité et récemment Bard d'une part, Oettinger et Caballero d'autre part, l'ont combattue. Ces auteurs sans nier les dilatations consécutives au spasme, admettent des dilatations d'origine congénitale.

Pour Bard, ce n'est qu'un cas particulier d'une loi générale dont les diverticules pharyngo-œsophagiens nous ont déjà fourni un exemple. Les organes tubulaires, l'œsophage en particulier, présentent volontiers une faiblesse congénitale de leurs parois. Celle-ci « porte sur ceux des éléments de la paroi des cavités qui constituent le facteur de leur résistance aux pressions intérieures, que l'organe est appelé à supporter au cours de son fonctionnement physiologique ». Ainsi s'expliqueraient le développement progressif, sans cause apparente, la longue tolérance de ce *mega-œsophage* qui ne se traduit à notre observation que tardivement, ou à propos d'une complication. Et dans l'augmentation de longueur de l'œsophage, qui accompagne fréquemment la dilatation diffuse, Bard voit encore un argument en faveur de sa théorie.

Oettinger et Caballero l'ont reprise et développée. Il s'agit, au moins dans certains cas, d'une véritable malformation de l'œsophage, analogue à la maladie de Hirschprung.

A côté de ces deux théories — spasmodique et congénitale — un certain nombre d'autres ont été émises. Krauss invoque la paralysie de l'œsophage, résultant de l'altération des pneumogastriques ; paralysie qui peut être combinée au spasme cardiaque. Les deux troubles auraient donc une origine commune, ou mieux simultanée. Zenker et Ziemmsen admettent l'atonie des parois ; mais reste à expliquer la raison de cette atonie qui, comme le fait remarquer Guisez, est, hormis des cas très rares (diphthérie), bien plutôt secondaire au spasme que primitive.

Hill admet aussi un trouble fonctionnel, une inhibition des fibres musculaires de l'œsophage ; elle s'associerait à un trouble particulier du sphincter, en ce sens qu'il ne serait pas contracturé, mais serait incapable de s'ouvrir correctement pour le passage des aliments.



Je pense que ces théories, si elles s'appliquent à quelques cas particuliers, n'ont pas de généralité ; mais que par contre, on peut les faire intervenir secondairement. Avec Guisez, j'estime que le spasme primitif joue le rôle primordial ; mais que la formation des dilatations et surtout l'accroissement assez volumineux de certaines d'entre elles, se trouvent favorisés par une faiblesse des parois congénitales ou résultant de troubles de l'innervation. Nous retrouvons donc ici encore cette influence, parfois occulte, du système nerveux sur laquelle nous avons insisté à plusieurs reprises au cours de cette leçon.

Ces éléments divers, joints à la durée, à la marche progressive et aux facteurs mécaniques dont, par un cercle vicieux, le rôle va en s'accroissant avec l'accroissement des troubles statiques et dynamiques de l'œsophage, vont déterminer les formes des dilatations et les aspects si variés de l'œsophage.

D'une manière générale ces œsophages sont non seulement dilatés, mais allongés. On sait que l'œsophage présente une propension naturelle à l'allongement. Et, dans les cas pathologiques, il s'accompagne de coudures et de sinuosités, et peut aboutir à des déviations en V, en S. Le méga-œsophage est donc associé au *dolicho œsophage* qui le précède souvent (Oettinger).

Ces déviations interviennent, quand elles sont accusées, pour modifier les formes classiques de la dilatation, à laquelle on reconnaît les types suivants : fusiforme, sacciforme, qui se définissent d'eux-mêmes. Dans le dernier type, le cul-de-sac peut être très développé et former une espèce de bas-fond latéral à la lumière de l'œsophage où s'accumulent les aliments et où risquent de se perdre cathéters et tubes œsophagoscopiques.

La partie dilatée s'étend sur une hauteur variable de l'œsophage thoracique ; dans les cas très développés, elle peut également occuper le segment cervical. Mais du fait du poids des aliments séjournant dans le canal, c'est à la partie inférieure que la dilatation est maxima.

Une des particularités de ces méga-œsophages est leur capacité, bien supérieure en général aux rétrodilatactions des sténoses cicatricielles et surtout des cancers. Elle est facilement de plusieurs centaines de grammes et on l'a vue aller jusqu'à 1.750 grammes.

Mais initialement la *symptomatologie* est absolument insi-

dieuse. C'est un des arguments des théories idiopathiques et en particulier de la théorie congénitale qui fait remonter le début du processus à l'adolescence ; voire même, dans certains cas, à l'enfance. Pour les partisans de la théorie du spasme initial, ce sont les crises de dysphagie intermittente, puis de plus en plus répétées et prolongées qui indiquent le commencement du processus pathologique. Parfois c'est à l'occasion d'une maladie générale, d'une rhinopharyngite intense, d'une poussée d'une affection nerveuse, d'un choc moral quelconque que les troubles alimentaires forcent l'attention. Plus souvent un excès alimentaire ou de boisson, demande un surcroît de travail au canal alimentaire que celui-ci se refuse brusquement à fournir.

Une fois déclarée cliniquement, la dilation de l'œsophage offre un tableau caractéristique par ses symptômes généraux, ses symptômes alimentaires, et par les particularités de l'examen physique : cathétérisme, radiographie, œsophagoscopie.

Les symptômes *généraux* s'accusent habituellement avec la progression de la maladie et peuvent aller jusqu'à la dénutrition accentuée. Habituellement c'est une fatigue générale permanente, une inaptitude au travail principalement dans les heures qui suivent les repas. Le sommeil est troublé, entrecoupé d'accès de toux et par les signes alimentaires que nous allons énumérer. Finalement s'installe une véritable cachexie à laquelle s'ajoutent des phénomènes réflexes ou de compression dus à la stase alimentaire dans la poche considérablement dilatée : oppression, palpitations, toux, gêne respiratoire.

Les symptômes *alimentaires* consistent dans une dysphagie de plus en plus grande qui finit par devenir continue. Les aliments s'accumulent toujours davantage dans la poche. Les parois œsophagiennes luttent d'abord pour expulser leur contenu et, à la section, il n'est pas rare de les trouver hypertrophiées. Mais il arrive un moment où elles sont forcées. La poche inerte, amincie, avec sa couche musculieuse atrophiee, se laisse distendre mécaniquement, et dans les grandes dilatations, ce sont de véritables repas qu'on peut y retrouver. Couramment le lavage ramène des débris ingérés la veille ou même depuis plusieurs jours.

Ce qui caractérise en effet les grands méga-œsophages, c'est que contrairement aux spasmes et aux dilatations débutantes, la dysphagie mécanique est moins accentuée, du moins en apparence. Il est même de ces malades qui sont de véritables boulimiques. S'il ne passe que peu de chose dans l'estomac, le pha-

ryngo-spasme finit par s'atténuer, et dans la vaste cavité œsophagienne, les sujets peuvent accumuler à loisir les aliments, mais évidemment de préférence liquides ou pâteux, que la sensation de faim, parfois accusée du fait de l'absence d'assimilation digestive, les incite à avaler.

Mais une fois la poche remplie, les troubles vont commencer et durer plusieurs heures. C'est d'abord une sensation de gêne, de plénitude, de lourdeur thoracique entraînant une difficulté à se mouvoir, gênant le sommeil. Aussi les malades cherchent-ils parfois à provoquer des vomissements.

Simultanément vont se manifester deux autres symptômes : la régurgitation et le vomissement. La première est en somme l'évacuation du trop plein de la poche ; elle suit de près la prise alimentaire. Le vomissement œsophagien, quoique facile, est plus tardif, une demi-heure à plusieurs heures après le repas. Il n'est pas régulier ; aussi y trouve-t-on des aliments ingérés antérieurement. Quoique sa pathogénie soit fort discutée, il présuppose une certaine tonicité de l'œsophage. Si donc, on ne le voit guère qu'à un stade déjà avancé, il pourra manquer dans les méga-œsophages énormes, se comportant comme des sacs inertes qui se remplissent mécaniquement et ne rejettent rien.

Les signes *physiques* sont absolument caractéristiques. Pour des raisons de prudence, de tels malades doivent être avant tout passer aux rayons X.

On verra alors la bouillie barytée remplir la poche dont elle indique la forme, le volume et la direction. Elle renseignera en particulier sur l'existence de bas-fond. Le passage dans l'estomac est suspendu plus ou moins longtemps. Il se fait longuement, péniblement. Aussi l'ombre œsophagienne, comme le font remarquer Oettinger et Caballero, se termine-t-elle par un prolongement effilé, en *radis*, en *crayon*, en *bec*, qui se dirige toujours du côté gauche. Vous le constatez nettement sur la radio d'une de mes malades que je vous fais passer (fig. 7).

Le cathétérisme a été longtemps seul utilisé. Je n'ai pas besoin d'insister sur ses dangers. Actuellement il ne doit être utilisé que comme complément d'exploration, dans certains cas, pour rechercher, prudemment et avec précaution, le passage cardiaque : comme traitement et avec les mêmes réserves et autant que possible sous le contrôle de l'œsophagoscope. Il peut même être intéressant de faire cette manœuvre sous l'écran avec des sondes opaques. Ce cathétérisme montrera l'allongement de l'œsophage. Il fera également percevoir une sensation d'arrêt et c'est ici précisément le

danger. La sonde se trouve invariablement entraînée vers le fond du cul-de-sac et si l'on force, croyant vaincre le spasme, on déchire la paroi...



FIG. 7.

C'est donc à l'œsophagoscopie qu'il faudra donner la préférence. Elle devra être précédée d'un lavage de la poche et s'accompagner d'aspiration des liquides pendant la descente du tube et l'examen des lésions. A noter que cette exploration s'accompagne, chez ces malades, d'un réflexe œsophago-salivaire très marqué. Aussitôt la portion cervicale franchie, parfois même déjà à ce niveau, l'œsophagoscope pénètre dans la dilatation où il se meut librement,



On peut l'y voir balloter et dans les grandes dilatations le tube est comme perdu. La cavité peut être également difficile à explorer dans ses détails, parce qu'il reste des débris alimentaires ou du liquide non évacués. La muqueuse est souvent lisse, pâle, comme lavée. D'autres fois elle est plissée transversalement ou longitudinalement (Bensaude). Il n'est pas rare de la voir rouge, par suite de la dilatation produite par la stase. Guisez y a rencontré des plaques de leucoplasie.

A moins que la dilatation ne soit fusiforme et modérée, l'œsophagoscope marque le cardia et s'engage dans une coudure ou le bas-fond du sac. Les modifications peuvent être parfois telles qu'il n'est pas possible de repérer le canal cardiaque, notamment si à une inclinaison de l'œsophage s'ajoute une dilatation sacciforme assez accentuée pour former rebord au-dessus de la dernière partie de la lumière primitive du canal. Mais néanmoins, avec un peu d'expérience, à l'aide de certains artifices, on arrive en général à retrouver ce passage.

Et alors on peut se trouver en présence de deux circonstances. Ou bien on rencontre un spasme ou une sténose inflammatoire avec tous les aspects décrits plus haut. Ou bien le canal cardiaque a fini par se laisser dilater et participant à l'atonie générale, il est largement béant.

L'évolution des dilatations de l'œsophage non traitées se devine facilement. En dehors des complications broncho-pulmonaires qui peuvent évidemment survenir, les méga-œsophages déterminent des troubles graves de l'état général avec amaigrissement, dénutrition, cachexie. Mais aussi, ils sont une cause fréquente de développement de cancers et c'est peut-être la raison pour laquelle les dilatations moyennes se voient assez souvent, tandis que les très gros méga-œsophages restent malgré tout assez rares.

Et l'on peut en somme dire que ces sujets, après avoir été des pseudo-cancéreux, finissent par devenir des cancéreux vrais.

\*  
\*\*

## TRAITEMENT

Pour éviter les redites, nous exposons en bloc le traitement de toutes les affections que nous venons de décrire. Les indications thérapeutiques peuvent se résumer dans la formule suivante :

Contre le spasme, dilatation; contre les ectasies, lavages; en cas d'échec, traitement chirurgical palliatif ou curatif.

Il se passe ici ce qui arrive dans tous les sphincters contracturés : la dilatation fait cesser le spasme. Et si une seule séance suffit pour les *spasmes passagers*, supérieurs ou inférieurs, il n'est pas rare non plus de voir des *spasmes permanents*, être améliorés et guéris d'une façon extraordinairement rapide par cette méthode. Il en fut particulièrement ainsi pour cette malade dont je vous ai montré la radiographie en dernier lieu et qui, malgré la présence d'une dilatation fusiforme nette, fut améliorée par la seule manœuvre œsophagoscopique pendant de longues semaines. Je viens d'avoir des nouvelles de cette personne qui habitant la province n'a pas été traitée depuis et elle m'écrit que, quoique souffrant moins qu'auparavant, les troubles recommencent à apparaître depuis quelque temps : digestions difficiles, sommeil pénible, vomissements, de temps en temps, pendant la nuit, hyperexcitabilité nerveuse.

Il faut donc que ces malades soient suivis, malgré un premier résultat brillant apparent.

Une fois le siège haut ou bas du spasme précisé, c'est à la sonde demi-molle qu'il faut avoir recours. Notons incidemment que chez ces sujets, particulièrement dans les pharyngo-spasmes, les gros cathéters passent plus facilement que les petits.

Il n'en est pas de même évidemment dans les *sténoses inflammatoires*, qui sont si souvent l'aboutissant des phréno-spasmes. Ici c'est pour ainsi dire la technique du rétrécissement cicatriciel qu'il faudra suivre. On commencera par des bougies de petit calibre, pour augmenter progressivement. Il ne faut pas perdre de vue qu'on a souvent plus d'intérêt à se servir d'une bougie de calibre modéré et à la laisser en place longtemps, une heure ou deux par exemple que de dilater extemporanément le trajet pour arriver rapidement à des bougies grosses qu'on laisse peu de temps. Dans quelques cas rares on pourra tenter une dilatation forcée au ballon de Gottstein.

Il est remarquable que ce seul calibrage, sans doute parce qu'il crée des conditions statiques et dynamiques, se rapprochant de la normale, suffise souvent pour les *dilatations*, quand elles ne sont pas trop accentuées. Il en est assez régulièrement ainsi pour les petites dilatations diffuses, fusiformes, thoraciques. Il en est quelquefois de même pour les diverticules pharyngo-œsophagiens, quand ils ne sont pas trop accentués.

Dans le cas contraire, au cathétérisme dilatateur de la sté-

nose, il faut joindre des lavages de la poche avec un liquide alcalin. Dans les méga-œsophages, on pourra permettre au malade de les faire lui-même avec un tube de Faucher, de telle sorte qu'ils puissent être répétés assez fréquemment. Dans les autres cas, ils devront être pratiqués par le médecin : un contrôle œsophagoscopique est nécessaire de temps en temps.

Notons en passant un important détail de technique que l'on doit à Guisez. Il n'est pas toujours facile, même avec l'œsophagoscope de trouver le passage normal. On recourra alors à la dilatation « multibougiraire ». Ce procédé qui peut déjà être utilisé pour le diagnostic, est souvent indispensable pour le traitement. Pour éviter que la sonde ne s'égare — et particulièrement ne se replie dans le diverticule — il faut patiemment chercher l'orifice de l'œsophage avec une sonde fine. Ceci peut nécessiter des tâtonnements et même plusieurs séances. Mais une fois le trajet trouvé, on place à côté de cette sonde conductrice, une autre plus grosse qui servira à la dilatation.

A ce traitement local, on adjoindra quelques prescriptions hygiéniques et générales. Il pourra être indiqué de remonter le malade, affaibli par son affection. Mais surtout il faudra recommander de faire un choix parmi les aliments : supprimer les aliments compacts et épicés, recommander les aliments liquides et pâteux, obtenir des sujets qu'ils mangent peu et souvent. Enfin il faudra — et ceci est primordial — faire mettre leurs mâchoires en état de mastiquer convenablement et *lentement*. A cela on ajoutera des médicaments calmants (bromure, valériane) pour combattre l'élément nerveux.

Si la thérapeutique précédente échoue, on recourra à des moyens chirurgicaux. Ils ne s'imposent guère d'ailleurs que dans les grands diverticules et les grandes dilatations.

Le traitement chirurgical des *diverticules pharyngo-œsophagiens* a présenté suffisamment d'aléas, pour qu'il soit tombé un certain temps en désuétude. Actuellement, à la suite des publications, notamment de Sargnon, de Ch. Jackson, et de Van den Wildenberg, il subit un regain d'actualité. Je ne ferai qu'en esquisser les principes directeurs. Plusieurs méthodes sont en présence : la dissection avec extirpation du sac, la ligature et la suture simple du collet du diverticule, la marsupialisation de la poche après ligature de son collet, l'invagination dans l'O sans ouverture du sac.

Aujourd'hui, et malgré les difficultés tenant aux adhérences

multiples, c'est à la dissection avec extirpation et naturellement réfection de la paroi œsophagienne que l'on a recours. Cette opération est facilitée par l'introduction préalable d'une sonde dans le diverticule qui permet de s'orienter plus aisément et de retrouver simplement l'orifice de la poche. Néanmoins l'opération ne peut toujours être terminée en un seul temps et il faut quelquefois faire une marsupialisation après suture de la base de la portion disséquée. Les échecs et les accidents de cellulite cervicale et de médiastinite sont encore relativement fréquents.

Quant aux *méga-œsophages*, ayant résisté aux traitements simples sus-décrits, on ne peut guère leur opposer que des opérations à distance qui ne sont en somme que des opérations palliatives. Je ne cite, en effet que pour mémoire, les tentatives de résection partielle de la poche, sa plicature, ou l'anastomose œsophagogastrique.

C'est la gastrostomie qui est indiquée dans de pareils cas, comme elle peut l'être aussi, dans les spasmes cervicaux et les diverticules pharyngo-œsophagiens qui nous arrivent dans un état de dénutrition tel qu'il faut chercher avant tout à faire pénétrer les aliments dans l'estomac.

Par l'orifice de gastrostomie, une fois le malade remonté, on a tenté de faire le cathétérisme rétrograde (Sargnon). Mais cette méthode qui, naturellement, ne trouve son indication que dans les spasmes et les diverticules supérieurs, n'a pas donné en général ce qu'on en attendait. Mieux vaut, là encore, avoir recours à la dilatation par voie buccale, quitte à s'aider la première fois de l'orifice de gastrostomie pour la mise en place de la sonde.

Enfin qu'on ait fait une gastrostomie ou non, il sera indiqué de laisser longtemps le cathéter en place, ce qui facilite, nous l'avons vu, la dilatation. Il peut même être avantageux de mettre une sonde œsophagienne qui permettra d'alimenter le sujet.

Toutes ces manœuvres, répétons-le en terminant, doivent être extrêmement prudentes, être fréquemment soumises au contrôle œsophagoscopique et radioscopique. Les fausses routes seraient inévitables autrement.

Il ne faut pas oublier non plus que si la connaissance des sténoses spasmodiques et des dilatations permet de rectifier des diagnostics de cancer, trop souvent posés, ces affections sont parfois, par contre, un point d'appel pour une localisation cancéreuse. Raison de plus donc pour rendre les manœuvres prudentes. Raison de plus aussi pour ne pas baser son optimisme sur quelques succès faciles et pour rendre le diagnostic prudent et le pronostic réservé.



# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## ASSOCIATION AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

*Congrès tenu à Atlantic City du 16 au 18 mai 1923.*

CL. F. THEISEN. — **L'œdème aigu du larynx.**

J. E. MACKENTY. — **A propos du cancer du larynx.**

En un an Mackenty a vu 43 cancers laryngés (dont une femme) : 40 nés sur la corde, 2 dans l'angle du sinus pyriforme, 1 dans le sinus pyriforme. Vingt et un étaient intrinsèques et apparemment opérables. Trois cas, cliniquement débutants et examinés histologiquement après laryngectomie totale, ont montré une extension de la tumeur très étendue dans la profondeur. Et pourtant cliniquement il ne s'agissait que d'un petit nodule occupant seulement une petite partie de la corde, mobile ou non. De l'avis de l'auteur une opération partielle n'aurait pas évité la récurrence.

Il n'utilise le radium que post-opératoirement.

J. S. FRASER s'étonne de voir proposer la laryngectomie pour une tumeur superficielle avec corde mobile. La thyroïdectomie donne dans ces cas d'excellents succès : 85 %.

F. D. LEWIS est partisan du radium mais seulement pré et post-opératoire.

C. LYNCH a vu une métastase carcinomateuse pulmonaire dans 4 cas sur 5 de cancer intrinsèque.

H. P. MOSHER. — **Observations anatomiques et cliniques sur l'extrémité inférieure de l'œsophage.**

Etude sur la statique et la mécanique de l'œsophage dans ses rapports avec le diaphragme.

Trois cas sur 7 de « cardiospasme » étaient porteurs de tuberculose pulmonaire avec localisation à la base, d'où stricture ou bien compression générale de l'extrémité inférieure de l'œsophage.

R. FAULKNER. — **Les relations de la sinusite avec le rhumatisme déformant.**

Ainsi qu'on le sait l'infection sinusienne peut déterminer des infections à distance, en particulier des rhumatismes. Certains streptocoques affectionnent les synoviales, d'autres le cartilage ; dans ce dernier cas il y a production d'arthrite déformante. De plus la vul-

nécessité de ce tissu — comme de tout tissu en général — peut être favorisée par des prédispositions familiales, soit directes par rapport à ce tissu, soit indirectes par un métabolisme troublé.

Donc en présence d'une arthrite déformante et partant de cette donnée qu'elle est d'origine infectieuse, il ne faut pas se croiser les bras, mais chercher le foyer originel. En particulier il faudra faire un examen soigneux des sinus.

**G.-B. WOOD. — La pathologie de l'amygdale dans ses rapports avec l'infection.**

La présence de l'invagination épithéliale formant les cryptes imprime à l'amygdale certaines conditions pathologiques particulières. L'épithélium de la crypte est tel que les produits toxiques peuvent provenir de la cavité cryptique, ayant une influence locale et à distance. Dans certaines circonstances, les bactéries peuvent aussi traverser l'épithélium, mais généralement grâce à une nécrose des cellules épithéliales, nécrose due à l'action toxique des bactéries intracryptiques. D'autre part, les amygdales résistent bien généralement à l'invasion bactérienne ; ce qui se traduit par une réaction pathologique du parenchyme.

A noter aussi que si la présence de cellules kératinisées dans le fond de la crypte doit être regardée comme normale, l'accumulation de ces cellules favorise les états pathologiques.

**F. P. EMERSON. — Les infections chroniques des voies respiratoires supérieures et leur relation avec les maladies générales.**

Pour déterminer si une infection focale est locale ou générale, il faut connaître l'histoire complète depuis l'enfance, examiner les ganglions sous-angulo-maxillaires, noter l'apparence de la gorge démontrant la probabilité de la cause focale.

L'examen local, même s'il y a du pus, est sans valeur pour élucider la question. L'infection pénètre dans le sang par la voie lymphatique et n'est pas interceptée par les ganglions, ce qui contribue à établir l'immunité.

**K. THOMA. — Les effets de l'infection dentaire sur le reste du corps (V. Analyses).**

**G. GOLDSMITH. — Le fibrome naso-pharyngien. Etude clinique et pathologique.**

Rien de nouveau dans cette étude générale, sauf que l'auteur pense que la diathermie et le radium remplaceront de plus en plus le bistouri.

**G. SLUDER. — Un cas de glossodynie, avec amygdalite linguale concomitante, guérie par anesthésie du ganglion sphéno-palatin.**

Le titre de cette communication se suffit à lui-même. Mais Sluder a présenté cette observation comme étant assez rare, en ce sens qu'il

admet que la glossodynie est généralement fonction de l'amygdalite linguale et disparaît avec elle. Or dans le cas présenté, il n'en a rien été. Seule l'anesthésie du ganglion a supprimé la glossodynie.

**G. SLUDER. — Anatomie de la fente sphénoïdale.**

Présentations de dessins de dissection montrant la variabilité de disposition des nerfs dans la fissure. Le VI est généralement le plus inférieur.

**H.-I. LILLIE. — La névralgie du glosso-pharyngien du point de vue du rhinologiste.**

Du résumé imprécis que nous avons sous les yeux, on ne peut que retenir la difficulté du diagnostic avec la grande névralgie faciale.

**FRASER et WATSON. — Note sur 14 cas de cancers laryngés intrinsèques opérés.**

Après un aperçu de l'histoire clinique de ces 14 cas (qui comprennent 2 femmes et dont nous ne retiendrons que l'existence de la mobilité plus ou moins grande de la corde dans 8 cas), les auteurs discutent les indications opératoires et concluent que la thyrotomie est indiquée seulement si la tumeur de la corde ne dépasse pas la commissure antérieure ou le processus vocal et si la corde a encore une certaine mobilité.

**G. FETTEROLF et H. FOX. — La réaction des tissus péritonsillaires à l'amygdalectomie. Etude de l'étiologie des abcès pulmonaires post-opératoires.**

La plaie post-opératoire, après amygdalectomie, est remplie de thrombus qui peuvent être stériles ou septiques. Letraumatisme, l'infection et la contraction musculaires sont les facteurs principaux dans la formation et le déplacement de ces thrombus. Les auteurs croient que bien des cas d'embolie pulmonaire échappent à l'observation, à cause de leur petitesse, leur caractère stérile et leur prompt résolution.

Les opérations amygdaliennes doivent donc être menées avec une rigoureuse asepsie. La suture à l'aiguille, dans un but d'hémostase, ne réalise pas ces conditions et risque d'infecter les tissus traversés.

L'origine des abcès pulmonaires par aspiration ou par voie lymphatique reste possible mais est rare.

Les auteurs pensent enfin qu'au lieu de chercher à enlever la capsule, il vaut mieux la conserver; car elle constitue une barrière protectrice pour les tissus péritonsillaires. Et ils entrevoient le jour prochain où l'amygdalectomie « intracapsulaire » de Makuen sera l'opération parfaite pratiquée par tous.

**J. GREENE. — Nouvelles expériences sur l'emploi d'extraits de tissu dans l'amygdalectomie.**

Le pouvoir hémostatique de l'extrait amygdalien est un des plus grands de tous les tissus. Ces expériences confirment donc la manière

de faire de l'auteur (application sur la plaie, de l'amygdale enlevée en cas d'hémorragie). Bien mieux, il utilise cette propriété préventivement, en appliquant fortement l'amygdale à enlever sur sa loge, avant que le saignement ait commencé.

---

## SOCIÉTÉ LARYNGO-OTOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du 3 décembre 1923.*

(RÉUNION COMMUNE AVEC LA SOCIÉTÉ NEUROLOGIQUE DE CHICAGO).

Cette réunion mixte a été consacrée aux : **Inflammations du cerveau et des méninges d'origine oto-rhinologique.**

### P. SIMONDS. — Anatomie pathologique.

Il y a quatre sortes de complications endocraniennes : la thrombophlébite, l'abcès extradural, la méningite et l'abcès cérébral. Après une étude statistique historique, et un bref rappel des voies d'infection (par extension directe, par voie sinusienne veineuse, par voie lymphatique directe ou indirecte), Simonds s'attache surtout à la leptoméningite et à l'abcès cérébral.

La leptoméningite, conformément à la loi qui règle les inflammations de toutes les cavités, a tendance d'abord à se limiter autour du foyer d'origine par la production d'exsudats fibrineux. Mais cet essai de limitation de l'infection n'est pas ici généralement couronné de succès, sans doute à cause du brassage des microbes par le courant du liquide céphalo-rachidien. Et si au contraire le cloisonnement méningé réussit, les microbes ont tendance à filer dans la substance cérébrale. Aussi l'abcès cérébral pourrait être, pour l'auteur, la conséquence de l'établissement d'une barrière méningée contre l'infection venue de l'os sous-jacent. C'est du moins le résultat des constatations anatomiques de Simonds.

Quant aux abcès cérébraux, il y en a 4 types : traumatique, métastatique, secondaire à une infection du voisinage (oreille par exemple), et idéopathique (c'est-à-dire d'origine indéterminée). Les secondaires sont en général, quant à leur siège, en une situation plutôt définie c'est-à-dire commandée par l'infection osseuse originelle (abcès temporal pour l'otite moyenne, cérébelleux pour la mastoïdite, frontal pour le sinus frontal).

Les caractères de l'abcès varient avec leur siège et leur durée ; Simonds les énumère tels qu'on les admet classiquement. Signalons qu'il admet que les abcès sont toujours nettement encapsulés à la troisième semaine. Cette capsule est due à la prolifération réactionnelle des cellules névrogliques et des cellules conjonctives. A sa face interne on trouve des cellules granuleuses ou cellules de Gluge ; ce sont de grands phagocytes contenant de nombreuses granulations de nature lipode.



### J. GRINKER. — Considérations générales et Diagnostic.

Grinker étudie et classe les différents symptômes connus, successivement pour chacune des grandes complications intracraniennes. Il est inutile d'y insister.

Le diagnostic est à faire avec le méningisme, la méningite sympathique et l'abcès du cerveau.

Le méningisme peut se présenter avec le vrai tableau de la méningite aiguë. Mais : liquide céphalo-rachidien simplement hypertendu, sans modifications pathologiques ; guérison habituelle après une simple ponction lombaire.

Dans la méningite sympathique : liquide très hypertendu, avec hyperalbumose et polynucléaire, mais il est stérile. Elle est en général en rapport avec un abcès cérébral. Sa constitution oriente donc vers ce dernier diagnostic et élimine la vraie méningite.

Eléments du diagnostic différentiel entre l'abcès et la méningite : dans l'abcès, température basse, pouls lent, Kerning absent, Babinski unilatéral, signes focaux, liquide céphalo-rachidien normal, troubles papillaires beaucoup plus fréquents. En somme l'abcès évolue comme une tumeur cérébrale, tandis que l'allure de la méningite est à grands fracas.

### H.-T. PATRICK. — Signes de localisation et symptômes de l'abcès cérébral.

Avec Oppenheim, Patrick pense que les signes focaux existent le plus souvent, mais qu'on ne sait pas toujours les reconnaître ou les interpréter. Il ne faut pas être par trop obsédé par le siège de l'infection initiale. Par exemple la sinusite frontale donne généralement un abcès du lobe frontal ; mais si l'examen donne des signes de localisation dans le lobe temporo-sphénoïdal, c'est dans ce dernier qu'on devra chercher l'abcès.

Les signes focaux de l'abcès frontal sont maigres. « L'anosmie n'a pas de valeur pratique. Les réactions mentales et émotionnelles ont plus de valeur. Patrick attache une certaine importance pour la localisation du lobe frontal, à la tendance du sujet, manifestement malade par ailleurs, à faire des plaisanteries et des « blagues ».

Les signes focaux de l'abcès du lobe temporal sont à rechercher du côté du champ visuel et du langage. L'hémianopsie homonyme (expliquée par le trajet des radiations optiques de Gratiolet à la partie inférieure du lobe temporal) peut être totale, partielle, irrégulière, limitée aux couleurs. Elle doit être soigneusement recherchée. Quant à l'aphasie, elle peut se présenter sous tous ses modes : surdité, cécité verbale, aphasie visuelle. Trop souvent les troubles du langage sont pris pour du délire ou des troubles mentaux.

Les symptômes focaux de l'abcès cérébelleux peuvent manquer totalement. Parfois ils sont manifestes ; parfois légers mais caractéristiques. L'ataxie cérébelleuse est de la plus grande valeur. Le vertige est important (diagnostic avec la labyrinthite. Epreuves de Barany). Les paralysies des nerfs V à VIII sont à rechercher ainsi que l'hypo-

tonie unilatérale. Si l'hyperpression se propage vers les tubercules quadrijumeaux, on constatera de la déviation conjuguée des yeux.

**G.-F. SUKER. — Lésions du fond de l'œil.**

Comme dans toute lésion cérébrale, et exception faite de la thrombose sinusienne qui donne de la stase papillaire, les lésions du fond de l'œil peuvent revêtir deux types : la névrite et l'œdème papillaire, dont l'auteur donne une description succincte mais extrêmement claire. La localisation de l'abcès est sans rapport avec la production de l'une ou l'autre forme. En cas de lésions oculaires bilatérales, celles-ci sont plus marquées du côté de l'abcès. Mais ce n'est pas la règle. Il peut même éventuellement exister des lésions oculaires unilatérales contralatérales.

Il faut retenir aussi que l'absence de lésions papillaires n'élimine pas l'idée d'une lésion intracrânienne. Par contre elles acquièrent une grande valeur diagnostique, quand elles existent et qu'il n'y a pas de manifestation cérébrale clinique autre.

**H.-A. SINGER. — Modification du liquide céphalo-rachidien.**

L'auteur s'attache surtout à discuter le point suivant : la distinction entre la méningite séreuse, protectrice qui commande une intervention d'urgence et la méningite diffuse où l'opération peut être considérée comme ne devant pas donner de résultat. En dehors des caractères cytologiques, biologiques et physiques (voir rapport ci-dessus), la présence de bactéries dans le liquide a une grosse importance. Cependant cette constatation peut faire défaut si la ponction lombaire a été précoce et n'a pas été répétée. Il insiste aussi sur la signification pathologique grave que comporte au cours d'un abcès cérébral, l'apparition d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien.

**W.-P. EAGLETON. — Traitement opératoire.**

Une analyse du livre récent de l'auteur ayant été faite dans ces Archives, nous prions le lecteur de s'y reporter pour y trouver les opinions d'Eagleton.

---

*Séance du 7 janvier 1924.*

(RÉUNION COMMUNE AVEC LA SOCIÉTÉ RADIOGRAPHIQUE DE CHICAGO).

**S. SALINGER. — Abcès du lobe frontal, consécutif à une sinusite frontale aiguë. Guérison.**

**N. SCHOOLMAN. — Présentation d'un ozène opéré.**

Malade opéré cinq semaines avant par une combinaison des deux procédés de Halle et de Lautenschlager, en ce sens qu'il a fait une opération intranasale puis a établi une communication naso-sinusienne, à cause de la sinusite si fréquente dans l'ozène.

**H. KAHN. — La radiothérapie comme traitement adjuvant de la surdité partielle.**

C'est plutôt une communication préliminaire ; car l'auteur veut avoir une expérience plus étendue avant de publier son observation. Pour le moment il ne la considère que comme un adjuvant aux traitements habituels et à utiliser surtout quand ces derniers ont échoué.

La discussion de cette communication, ainsi qu'on peut le penser, a été très vive et l'auteur fortement combattu.

**S. BLAINE. — Radiothérapie des amygdales grosses et infectées.**

Etant donnée la sensibilité du tissu lymphoïde aux rayons X, il était naturel d'essayer ces derniers dans l'hypertrophie amygdalienne. L'auteur étudie les différents éléments histopathologique, clinique et technique du problème et il conclut : La méthode est indiquée 1° chez les sujets se refusant à toute opération ; 2° chez les sujets ayant dépassé la quarantaine où une hémorragie peut résulter de l'état sclérotique des vaisseaux ; 3° dans les cas où le tissu péri-amygdalien est si infecté que l'ablation chirurgicale risque de déterminer des accidents septiques à distance ; 4° quand une maladie ou une affection générale s'oppose à un choc opératoire.

**G. PORTMANN (Bordeaux). — Recherches sur la physiologie de l'oreille interne avec démonstration cinématographique.**

Ces recherches ont été dirigées vers l'étude comparée du sac endolymphatique. Il expose cet organe depuis ses formes inférieures, commençant au poisson, pour aboutir l'homme. La présence constante de ce mécanisme indique l'importance de sa fonction ; et c'est pour déterminer celle-ci qu'il a entrepris ses expériences. Il a commencé par un poisson où le canal endolymphatique s'ouvre directement dans la mer, en oblitérant ce dernier par le galvano-cautère. Il en résulta une perte de l'équilibre. Trois films de démonstration de poissons nageant : l'un normal, le deuxième avec un canal endolymphatique oblitéré ; le troisième avec les deux canaux oblitérés.

**SOCIÉTÉ ROUMAINE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

*Séance du 10 mars 1924.*

**COSTINIU. — Polype sous-glottique.**

Fonctionnaire des tramways, âgé de 42 ans, enroué depuis quatorze mois. Rien d'important dans ses antécédents. Il vint à l'hôpital avec le diagnostic de sarcome du larynx. Presque aphone, sans douleur à

la déglutition, sans adénopathie, il n'a pas maigri. A la commissure antérieure des cordes vocales à l'aspect normal, très peu hyperhémées, on voit une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, ayant la couleur et l'apparence d'un polype muqueux des fosses nasales, apparaître au-dessous des cordes. Cette petite tumeur empêche les cordes de s'atteindre. Costiniu rejette le diagnostic du sarcome et s'arrête à celui de polype sous-glottique.

**COSTINIU. — Balle de revolver dans la loge amygdalienne.**

Homme de 35 ans, blessé par une balle de revolver. La balle entra par le sommet de la mastoïde. Saignement léger par la plaie et par la bouche. On ne trouva pas d'orifice de sortie. Examiné le lendemain, Costiniu trouve la plaie propre. Le blessé a de la dysphagie et il parle comme s'il avait un phlegmon amygdalien. L'examen buccal révèle la moitié droite du pharynx très hyperhémée, et dans la loge amygdalienne du même côté, entre l'amygdale et le pilier postérieur la muqueuse est tendue, blanchâtre et surélevée par un corps noirâtre et dure au stylet. C'était la balle de revolver. Extraction très simple. Le lendemain le blessé sortit du service, la plaie buccale complètement guérie.

**COSTINIU. — Papillomes du larynx et rayons Röntgen.**

Jeune fille de 13 à 14 ans, souffrant de papillomes récidivants des cordes vocales. Après la dernière opération il reste quelques petites macules surélevées, de la grosseur d'un grain de millet, sur chaque corde vocale, surtout vers la commissure. Quelques points de galvano-cautère restèrent sans effet. Costiniu lui fit des insufflations avec de la magnésie calcinée, des injections de strychnine, des courants faradiques sans résultat. De très enrouée qu'elle était, elle devint presque aphone. Il la fit se soumettre aux rayons X, pendant trois séances, toujours sans résultat. Costiniu la renvoya pour se reposer pendant un mois et lui dit de revenir après. Au retour un mois plus tard, la jeune fille parle presque bien, et sur les cordes vocales on ne remarque plus rien, même pas les traces de papillomes. L'auteur se demande à qui attribuer ce résultat. Il n'est pas enclin à l'attribuer aux rayons X.

NEUMAN ne croit pas non plus à l'influence des rayons X sur les papillomes. Il attribue la guérison des papillomes plutôt au temps et au repos.

**TÊTU. — Corps étranger intralaryngien bien supporté.**

Enfant de 5 ans qui, après avoir bu une tasse d'eau, se trouve mal, devint très agité, eut de la toux et se plaignit de douleurs à la gorge. Peu de temps après l'enfant se calma et s'endormit. Têtu, appelé en hâte, vint deux heures après et trouva l'enfant très tranquille. Il l'examina néanmoins. A la laryngoscopie, il trouva à sa grande surprise, en comprimant l'épiglotte avec le bec de la spatule de Guisez, au-dessus du vestibule et implanté transversalement, un brin de paille. Il l'enleva à la pince courbe à polypes. Ce brin de paille, provenant d'un balai, fut probablement avalé avec l'eau de la tasse, et fut poussé dans



le larynx par les doigts des bonnes femmes qui cherchèrent à voir ce que l'enfant avait avalé. Il est surprenant de voir l'accommodement rapide et dangereux de l'enfant avec ce corps étranger qui, après quelques jours de calme, aurait pu produire un phlegmon de la région.

*Séance du 10 avril 1924.*

**L. MAYERSOHN. — Un cas rare d'otite moyenne suppurée double aiguë, coexistant avec un double abcès périostique de la mastoïde.**

Cas où l'otite double a évolué séparément des abcès mais concomitamment. Il s'agit d'un enfant de 7 ans trachéotomisé pour croup diphthérique par l'auteur il y a quatre ans et qui fait il y a deux semaines une bronchopneumonie. Dans la dernière période de cette maladie, le garçon se plaint de douleurs dans les oreilles, puis derrière les oreilles, a de la température : 37°,8, 38°. Appelé auprès du malade qui habite la campagne, le troisième jour, l'enfant a 38°,3, des douleurs au fond des oreilles, les deux pavillons fortement repliés en avant par une collection purulente, beaucoup plus prononcée à droite, située à la partie supérieure de la mastoïde. L'ouïe beaucoup diminuée. Les deux tympans sont rouges, bombés et très douloureux. Après une double paracenthèse, s'ensuit une double otorrhée d'un pus franc et bien lié. Il ordonne des compresses chaudes sur les mastoïdes et des gouttes phéniquées dans les conduits. Le lendemain température 37°,2, douleurs auriculaires disparues, mais l'inflammation rétroauriculaire persiste. L'écoulement par les incisions tympaniques se fait bien. Dans les deux conduits auditifs externes, vers le milieu de leur longueur, la paroi postéro-supérieure est tombée et fluctuante. Après une incision de celles-ci deux autres suppurations s'installent. Une pression au doigt sur les abcès fait écouler le pus par ces incisions. Revu trois jours plus tard, l'abcès rétroauriculaire droit, le plus gros, n'existe plus. Mais à gauche, l'ouverture de la paroi du conduit s'est refermée et l'abcès a beaucoup augmenté et est très fluctuant. L'otorrhée continue des deux côtés.

Quelques jours plus tard l'écoulement se tarit des deux côtés. Reste seul l'abcès périostique gauche. On fait alors sous anesthésie locale une longue incision, derrière l'oreille sur la partie la plus fluctuante, on vide l'abcès, explore la face externe de l'os mastoïdien, que l'on trouve sain et sans aucune fistule. En quelques jours tout rentre dans l'ordre.

C'est le premier cas que j'ai vu et dans la littérature étrangère je n'ai vu décrits de cas semblables que par Jacques, Lavrand, Citelli et Luc.

Comment est possible une coexistence de deux collections si voisines de la caisse du tympan et du périoste mastoïdien sans la participation de l'antre et des cellules mastoïdiennes? Leur origine commune est sûrement le pharynx de l'enfant, lieu de prédilection pour divers microbes. Une partie de ceux-ci donne l'otite par la trompe; une autre partie, par le tractus fibro-vasculaire dont, chez l'enfant,

est occupé la suture pétrosquameuse du temporal, arrive dans les couches superficielles de cet os et donne naissance aux abcès pérимastoïdiens, comme dans le cas que j'ai eu l'honneur de vous communiquer

FOTIADE croit que cette infection du périoste mastoïdien a pu très bien se faire aussi par les vaisseaux lymphatiques.

**BERNEA. — « Tire-nerfs » dans le larynx.**

Cas d'un jeune dentiste qui se présente accompagné de son patient en plein état d'agitation. Celui-ci se tient la tête penché vers la droite et les muscles du cou contractés. Il ne peut avaler ni même sa salive, et crie continuellement qu'il meurt suffoqué. Il s'agissait d'un « tire-nerfs » qui avait échappé d'entre les doigts du dentiste dans la bouche du patient et que celui-là avait avalé.

En effet dans le sinus pyriforme droit on aperçoit quelque chose de brillant d'une longueur d'à peu près deux millimètres. Sous anesthésie locale Bernea a pu extraire ce « tire-nerfs » dont la longueur était de 5 centimètres, et qui était planté dans la direction antéro-postérieure. Sa partie mince, dont la longueur était de 3 centimètres, était complètement entrée dans les tissus, et la portion plus épaisse (le manche), d'une longueur de 2 centimètres, avait ses quatre cinquièmes cachés.

*Séances du 2 mai et du 5 juin.*

**J. TSETSU et V. FOTIADE. — Un cas de cicatrices vicieuses des fosses nasales, du pharynx, du larynx et paralysie de la corde vocale gauche.**

Malade de 20 ans, qui depuis bientôt une année souffre de dyspnée et dysphonie. Sa mère a eu des avortements. Toute la surface des fosses nasales est couverte de cicatrices s'étendant sur la paroi postérieure du pharynx et arrivant jusqu'au larynx. Tout l'appareil phonateur est limité dans ses mouvements par l'épaississement des cordes vocales, par l'asymétrie de la glotte, causée par la paralysie de la corde vocale gauche.

Les auteurs, après de longues et minutieuses recherches, concluent que ces cicatrices vicieuses sont dues à la syphilis héréditaire, vu l'absence totale d'autres lésions et le fait que le malade appartient à une famille spécifique. Quoique le processus paraisse terminé, les auteurs pensent que par un traitement rationnel mixte (iode, mercure, arsenic) les lésions existantes se résorberont, facilitant ainsi la respiration et la phonation du malade.

VASILIU est d'avis que les deux cordes sont paralysées et que l'arythénoïde gauche est à cheval sur le droit. Il se demande s'il s'agit d'une névrite causée par la gomme syphilitique, ou plutôt d'une lésion centrale qui aurait donné la paralysie du larynx.

PRÉDESCU-RION trouve le cas extrêmement intéressant et très bien présenté. Qu'est-ce qui fait croire aux auteurs que c'est bien un hérédo ?

Le calibre réduit des fosses nasales, dénote que toutes les parois, surtout la muqueuse, concourent à la sténose de l'intérieur du nez. C'est une inflammation totale de la muqueuse naso-pharyngo-laryngienne. Il pense se trouver devant un cas de myosite spécifique, que la paralysie n'est pas récurrentielle mais locale et que la syphilis est acquise. *Quoad vitam* il peut survenir un œdème du larynx avec terminaison fatale. C'est pour la première fois, dans sa pratique, qu'il voit la totalité de la muqueuse naso-pharyngo-laryngienne prise chroniquement. Il est pour une intervention chirurgicale : la dilatation des fosses nasales, le débridement des cicatrices pharyngiennes, la libération de l'arythénoïde, en laissant dehors l'apophyse vocale.

MÉTIANU ne croit pas à la présence d'une paralysie. Tout n'est qu'un processus d'infiltration. On observe des cicatrices qui lient la corde supérieure à la corde inférieure.

TETU répond que ce qui fait considérer le malade comme un hérédosyphilitique, c'est que *tout* l'appareil naso-pharyngo-laryngien est pris, et que jamais le malade n'a eu d'accidents primaire ou secondaires. Il promet de présenter de nouveau le malade après l'avoir soumis au traitement mixte.

#### H. SELIGMAN. — Mastoïdite aiguë opérée. Résultat esthétique.

Homme de 59 ans, asthmatique, qui se présente le 18 avril avec une otorrhée datant de six mois et avec des phénomènes de mastoïdite aiguë ; température : 38°4, douleurs insomnie. Opéré le même jour, sous chloroforme, le malade guérit complètement après trente-sept jours. La cicatrice, à peine perceptible, est parallèle à l'insertion du pavillon. Le résultat cosmétique est admirable.

#### H. SELIGMAN. — Stricture récidivante de l'œsophage.

Cas d'une femme, de 38 ans, qui, il y a quatorze ans, a bu une solution forte de soude caustique afin de se suicider. Traitée six semaines plus tard, la femme guérit après une série de dilatations de l'œsophage aux bougies Eynard qui sont allées jusqu'au n° 32, accompagnées de 20 injections de fibro-lysine, faites en huit semaines. Il y a huit jours, la femme revint se plaignant qu'après quatorze ans de parfait état de santé, elle ne peut, depuis trente-six heures, avaler la moindre goutte d'eau. Les bougies n° 10, 8, 6 ne peuvent passer. Seligman administre 20 gouttes d'une solution au millième d'adrénaline dans deux cuillerées d'eau, qu'elle retient avec beaucoup de difficulté pendant dix minutes. Après cela la bougie n° 16 passe et est laissée à demeure pendant dix minutes. Immédiatement après la malade peut boire et avaler l'un après l'autre trois verres d'eau. La malade, quoique priée de revenir, ne s'est plus montrée.

#### PRÉDESCU-RION. — Epiglottite phlegmoneuse.

Une dame, de 36 ans, souffre depuis quatre jours, de douleurs persistantes et de plus en plus fortes dans la région hyoïdienne. Les

douleurs irradiant vers les deux oreilles, si bien que la malade ne peut pas fermer l'œil. Elle a la sensation d'un corps étranger qu'elle voudrait mais ne peut avaler. La parole est difficile parce que douloureuse. La voix est éteinte. Température 39°5. Transpiration abondante. L'ouverture de la bouche se fait incomplètement. La traction de la langue provoque des douleurs et l'examen du larynx se fait difficilement. On voit une énorme infiltration de l'épiglotte qui empêche la vue des cordes vocales. Cette infiltration paraît passer également sur la face laryngienne de l'épiglotte. Le bord libre de l'épiglotte est beaucoup épaissi, surtout sur la ligne médiane, où l'on remarque un point jaune de la grosseur d'un petit pois. La région pré-glottique est tuméfiée. L'épiglotte est de couleur rouge foncé. Après un traitement de sept jours (compresses chaudes et fréquentes, des gargarismes autant que possible), ces phénomènes disparaissent. Cependant la malade crache une petite quantité de pus. Le diagnostic différentiel a été fait avec la *gomme syphilitique*, avec l'*angine épiglottique*, toujours sérieuse, occupant seulement la face linguale de l'épiglotte et l'*œdème angio-neurotique*, toujours pâle et la *glosso-épiglottique*.

L. ROSENBERG n'a jamais vu un cas analogue. Mais il a vu à la consultation du Dr Costiniu un malade avec trois petits *abcès glosso-épiglottiques*, qui occupaient la base de la langue et la face linguale de l'épiglottique. Incisés, tous les trois abcès ont récidivé.

PRÉDESCU-RION réplique que les abcès de cette région ne doivent pas être incisés.

#### PRÉDESCU-RION. — Mastoïdite syphilitique.

Il s'agit d'une femme veuve depuis dix-huit mois, âgée de 54 ans, qui souffre de brusques douleurs, jour et nuit, mais surtout la nuit, de la mastoïde gauche. Les accès de douleur deviennent de plus en plus longs et ne cèdent à aucun analgésique. La mastoïde, normalement colorée, est douloureuse au contact et est hypertrophiée. Rien d'important dans les antécédents. Elle nie toute maladie infectio-contagieuse. N'a jamais eu d'enfant. Par élimination est posé le diagnostic d'*exostose syphilitique* atypique par l'évolution et par sa manifestation.

Le traitement par le néo et le cyanure de Hg font disparaître les douleurs en cinq semaines. L'hypertrophie se maintient. Quarante-cinq jours après la cessation du traitement les douleurs réapparaissent mais faiblement. Le traitement est en cours depuis dix jours.

#### PRÉDESCU-RION. — Tuberculose laryngée. Thyrotomie. Mort en quinze jours par tuberculisation générale.

Prédescu-Rion communique le cas d'un homme de 54 ans, avec des phénomènes de dysphonie et de difficulté marquée à la respiration. L'hémilarynx gauche est infiltré et quasi immobile, donnant l'impression d'un néoplasme. Revu six mois plus tard, l'état général a beaucoup empiré : dysphagie, presque aphonie. Les deux poumons sont infiltrés. La laryngoscopie montre une infiltration en masse et une immobilité absolue sur la ligne médiane de l'hémilarynx gauche. Sur



les cordes vocales supérieure et inférieure droites on voit des tumeurs végétantes de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. Le malade ainsi que sa famille insistent pour une intervention qui le soulage. Predescu-Rion fait alors une thyrotomie, avec trachéotomie préalable, racle les nombreuses végétations et cautérise au nitrate d'argent en solution. Cinq jours plus tard, les bords de la plaie se tuberculisent, des granulations miliaires apparaissent dans le pharynx, puis de la diarrhée. quinze jours après l'opération le malade succombe. Malgré la cautérisation le microbe a pénétré dans le torrent circulatoire et a provoqué cette très rapide destruction. C'est un cas instructif et qui nous oblige à condamner toute intervention opératoire sur le larynx d'un tuberculeux.

FOTIADE et TEIU rappellent que les auteurs sont contre ces interventions.

SELIGMAN. — Gluck pourtant recommande l'intervention dans des cas analogues.

**PRÉDESCU-RION. — Épistaxis très grave consécutive à une ulcération syphilitique de la cloison.**

Un menuisier fait une épistaxis violente, nécessitant un double tamponnement, car on peut établir la narine d'où vient l'hémorragie. Chlorure de calcium, sérum de cheval. On enlève le tampon vingt-quatre heures après. Après trente-six heures l'épistaxis revient, brusquement, très violente, et le malade perd sous l'œil du médecin 400 grammes de sang environ en cinq minutes. Retamponnement, sérum de cheval, ergotine, chlorure de calcium. On enlève le tampon après deux jours et vingt-quatre heures après on examine le nez. Sur le tiers moyen, partie supérieure du septum, on remarque une ulcération ayant de 12 à 14 millimètres de diamètre, aux bords irréguliers et épaissis. La muqueuse environnante est violacée. C'était une ulcération syphilitique qui avait érodé l'artère septale et avait provoqué cette grave épistaxis qui aurait pu certainement emporter le malade. En trois semaines le traitement spécifique fait disparaître l'ulcération. Ces cas sont heureusement très rares.

D<sup>r</sup> LAZARE MAYERSOHN.

**RÉUNION MENSUELLE DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES  
DES HOPITAUX DE PARIS**

*Séance du 14 mai 1924.*

**A. MOULONGUET. — Tuméfaction de la joue droite.**

Le malade dont il s'agit est un employé de banque, âgé de 18 ans, sans antécédent familial spécial, qui a été opéré dans une clinique, très incomplètement d'ailleurs, en juin 1923, pour une forte déviation de cloison à convexité droite. Trois mois plus tard ses parents lui font remarquer que sa joue droite était tuméfiée. Cette tuméfaction ne

semble pas avoir grossi depuis qu'on l'a remarquée ; mais en hiver, quand il fait froid, la joue prend une coloration violacée qui rend la tuméfaction plus apparente.

A l'examen, la joue droite est épaissie au niveau de sa moitié antérieure : c'est un épaississement en masse sans limites précises, sans dureté, sans fluctuation comme le montre l'examen en pinçant la joue entre deux doigts dont l'un intra-buccal. Quand le malade penche la tête en avant, la joue droite tombe légèrement. Cette tuméfaction est complètement indolore et ne gêne le malade qu'au point de vue esthétique.

A noter l'intégrité des dents et des sinus, confirmée par la radiographie.

Le cathétérisme du canal de Sténon n'a pu être pratiqué, la parotide paraît normale.

Comment expliquer cette tuméfaction ? Le diagnostic d'angiome diffus auquel je me suis arrêté ne me satisfait qu'imparfaitement.

### E. HALPHEN et AUBIN. — Traitement de l'ictus laryngé par l'alcoolisation du laryngé supérieur.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter Aubin et moi est un homme de 49 ans qui est venu nous consulter pour des accès de toux suivis d'ictus. Cette affection pénible remonte à douze ans déjà : elle se caractérise par une sensation de chatouillement très intense localisée par le malade à la région trachéale et sous-glottique, entraînant rapidement deux à trois secondes de toux sèche, irrésistible, puis une crise de suffocation, d'étouffement accompagnée de cyanose, de turgescence, des veines du cou ; alors le malade tombe brusquement sans connaissance ; dans sa chute il lui arrive même de se blesser. La perte de connaissance ne dépasse d'ailleurs pas une minute ; il se relève, est encore agité d'un léger tremblement, mais peut même reprendre son travail.

Prévenu par son chatouillement, et sa toux spéciale et bien distincte, des quintes de toux qu'il doit à sa bronchite chronique, le malade a le temps de s'asseoir et de prévenir ainsi sa chute ; mais souvent l'accès se borne à la quinte de toux. Jamais de cri initial, d'aura, de morsure de la langue, d'émission d'urines.

Ces crises qui surviennent surtout le jour et rarement la nuit se répètent environ une ou deux fois par semaine.

A Lariboisière on lui a enlevé les amygdales comme thérapeutique de ses crises, mais les accès n'en ont subi aucune modification ; ajoutons que pendant la guerre, il n'a jamais eu de crise d'ictus, il a fait son devoir au front comme fantassin, sans être arrêté, mais depuis son retour dans son foyer, la maladie a repris son cours avec une intensité tellement grande depuis plusieurs mois qu'il s'est décidé à venir nous consulter.

A l'examen, nous constatons une volumineuse amygdale linguale rouge et tomenteuse, des cordes légèrement rosées, difficiles à voir de par l'existence d'un violent réflexe nauséeux. L'auscultation nous montre quelques légers signes de bronchite chronique, le réflexe aulocardiaque ne nous a donné aucun renseignement. L'examen du système

nerveux est absolument négatif, mais nous signalons l'existence d'une hyperesthésie du conduit auditif, le malade ne peut se nettoyer le conduit sans tousser; enfin, si la pression du laryngé supérieur n'entraîne aucune douleur, le moindre attouchement externe du laryngé (cricoïde surtout) déclenche une crise de toux.

Nous avons traité ce malade comme nous avons déjà traité deux sujets analogues par une injection d'alcool au niveau du laryngé supérieur.

Le soulagement fut immédiat; les quintes de toux disparurent complètement, mais au bout d'un mois, un ictus est encore survenu sans quintes de toux, annoncé seulement par un léger chatouillement, la région pharyngo-laryngée est restée anesthésiée, l'attouchement de l'amygdale linguale de l'épiglotte et du vestibule laryngé avec un porte-coton n'entraîne ni toux ni ictus.

La guérison peut n'être pas durable, mais la thérapeutique si simple de l'anesthésie du nerf laryngé que nous employons aussi volontiers dans la laryngite tuberculeuse que dans les toux coqueluchoïdes d'origine pharyngée, peut être aisément renouvelée sans aucun inconvénient pour le malade.

HALPHEN, en réponse à une question de Moulonguet, estime que son malade ne présente pas d'ictus du fait seul qu'il tousse longtemps. Le nombre des quintes n'a rien à faire avec la suite malheureuse de ces quintes, la perte de connaissance. Une seule quinte suffit parfois à la déclencher, et même parfois le petit chatouillement pré-laryngé prémonitoire. L'ictus est absolu, le malade tombe n'importe où et parfois se blesse.

Nous sommes donc bien en présence d'un ictus laryngé essentiel, véritable névrose du larynx, et aucune cause de cet ictus n'a pu être trouvée.

Quant à la pathogénie de l'ictus, nous renvoyons nos collègues à l'article que nous avons écrit, Aubin et moi à ce sujet dans les *Archives internationales* de décembre 1922. Les malades qui présentent de l'ictus sont des hypervagotoniques, comme les asthmatiques. Le noyau bulbaire du pneumogastrique est hypersensible et un impondérable suffit à exciter ce noyau.

La crise découle alors du spasme laryngé, les cordes vocales restent au contact, il y a anoxhémie, réplétion intrathoracique, consécutivement anémie cérébrale, d'où éclipse psychique.

Quant à la thérapeutique, tout traitement local a été nécessairement essayé, badigeonnages de la muqueuse, pulvérisations, absorption d'antispasmodiques. L'anesthésie du nerf seule, en supprimant l'irritabilité laryngée, nous a donné une sédation immédiate. Et si la sédation n'est que momentanée, la piqure d'alcool, puisque très anodine, peut être renouvelée.

**E. HALPHEN. — Hémisudation frontale avec rhinorrhée du même côté.**

L'enfant que j'ai l'honneur de vous présenter est atteint de sudation localisée à une moitié du front, et de coryza spasmodique unilatéral du même côté que la sudation.

Au repos, il n'est possible de rien voir, mais faites courir l'enfant,

examinez-le, provoquez une légère angoisse, vous verrez au bout d'une minute la sueur perler à la racine des cheveux du côté droit seulement, puis au bout d'une minute encore la transpiration s'exagérer de ce côté et couler abondamment sur l'œil, sur la joue, alors que l'autre côté reste absolument sec.

Cet état est apparu il y a un an, sans raison, et tout cet hiver l'enfant a eu à plusieurs reprises des coryzas localisés toujours à la fosse nasale droite.

Que voit-on à l'examen ? Peu de chose, mais encore quelque chose qui nous a paru mériter de retenir notre attention : un gros cornet moyen appliqué contre la cloison et que nous avons pris tout d'abord pour un éperon de cette cloison.

Nous avons pensé être en présence d'un syndrome de Sluder atypique, d'une irritation plutôt de l'important réseau sympathique de la fente olfactive si riche en terminaisons nerveuses.

Nous avons recherché quelques réflexes de la voie sympathique, chair de poule après réfrigération, après pincement de la région deltoïdienne, et les réponses ont été normales, tant à droite qu'à gauche.

Aucun trouble des glandes endocrines. L'enfant est seulement porteur de végétations adénoïdes.

#### DISCUSSION

RAMADIER. — Puisque Halphen vient d'émettre l'hypothèse de l'existence, chez son malade d'un syndrome du ganglion sphéno-palatin, ou de Sluder, R. précise ce qu'à son sens il faut entendre par ce terme. Comme vient de le faire remarquer Bourgeois, il semble que l'on en ait un peu abusé à propos de toute manifestation nasale de l'ordre spasmodique ou vaso-moteur.

Certes, il y a à l'origine de toute manifestation de ce genre une intervention du système sphéno-palatin puisque les nerfs sphéno-palatins ont sous leur dépendance la presque totalité de l'innervation sensitivo-sympathique des fosses nasales. Mais ce serait là une compréhension vraiment un peu vaste du terme « syndrome sphéno-paladin » et en tout cas bien inutile au point de vue sémiologique. Il convient donc de limiter cette compréhension dans le sens où l'entend Sluder.

L'irritation du système sphéno-palatin peut siéger : soit dans sa portion intra-nasale, en deçà du tronc sphéno-palatin (ça n'est pas le syndrome sphéno-palatin au sens de Sluder) ; soit dans sa portion para nasale au delà du tronc sphéno-palatin (c'est le syndrome de Sluder). En effet, de la lecture des travaux de Sluder il ressort que ce que cet auteur a décrit sous le nom de « syndrome du ganglion sphéno-palatin », désigne un *ensemble de phénomènes résultant de l'irritation du ganglion de Meckel et des branches nerveuses communément appelées ses racines, en connexion avec lui (nerf vidien, nerf sphéno-palatin, quelques filets directs du maxillaire supérieur) ; irritation produite par une lésion nasale ou sinusienne qui étend ses effets à l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire où est logé le groupe-ment nerveux précédent.*

Il faut donc cliniquement pour dire avec certitude « syndrome du ganglion sphéno-palatin » autre chose que du coryza spasmodique, de



l'hyperesthésie nasale, des douleurs intranasales, il faut encore une ou plusieurs manifestations du côté des éléments nerveux justa-ganglionnaires c'est-à-dire : des douleurs postérieures (occiput, nuque) indiquant la participation du nerf vidien ou des douleurs palatines, indiquant celle des nerfs palatins branches du sphéno-palatin.

Dès lors le terme de « syndrome de Sluder ou du ganglion sphéno-palatin » répond à une entité anatomo-physiologique distincte et à une thérapeutique particulière.

E. HALPHEN. — Accepte les critiques de Bourgeois. S'il a prononcé le nom de syndrome de Sluder, c'est pour fixer l'attention sur le siège de ce trouble sympathique d'origine nasale. Il croit que le point de départ de l'affection est endonasal.

Il a l'intention en effet d'anesthésier la région haute de la cloison et du cornet moyen à la cocaïne et au mélange de Bonian avant d'enlever la tête du cornet. Si le réflexe sudoral est diminué, il enlèvera alors la tête du cornet et espère présenter le petit malade guéri lors de la prochaine réunion.

**BOURGEOIS et LOUIS LEROUX. — Papillomes récidivants du larynx chez un jeune garçon. Echec des traitements classiques. Guérison par diathermie.**

Ce jeune malade est un des premiers cas traités par diathermie pour papillomes du larynx à l'hôpital Laennec. De 1916 à 1921 il a été traité selon des méthodes diverses par divers chirurgiens sans que la reproduction des papillomes ait été empêchée. Le début de l'affection se traduit à l'âge de 6 ans par dysphonie, respiration bruyante, toux et dyspnée progressive avec tirage nécessitant le 23 juin 1917 une trachéotomie d'urgence suivie de laryngotomie et cautérisation des papillomes. Dans l'automne suivant deux autres laryngotomies avec curettage et essai de tubage caoutchouté. Au début de 1918 on laisse refermer les plaies laryngée et trachéale. Récidive en juin 1918 : nouvelle trachéotomie, laryngostomie, cautérisation, guérison apparente, les plaies se referment. Nous voyons le malade pour la première fois au cours d'une nouvelle récurrence en octobre 1919 : trachéotomie, laryngotomie, curettage ; on essaye la dilatation caoutchoutée avec drain rempli de gaze ou goudron. On supprime la canule puis le drain au bout de quatre mois, laissant une laryngostomie de 3 centimètres sur 5 millimètres. Rapidement les papillomes réapparaissent et nécessitent tous les mois une cautérisation galvanique, un traitement prolongé à la magnésie, deux courtes irradiations par tubes de radium intralaryngé n'amènent aucune modification.

L'enfant est admis à Laennec en novembre 1921 ; la paroi droite de la cavité laryngée est le siège de proliférations exubérantes qui sortent du larynx ; la paroi gauche, la commissure postérieure présentent un bourgeonnement moindre. De novembre 1921 à janvier 1922 six séances de diathermie sont pratiquées par la stomie ; d'abord avec électrode nue puis avec électrode humide avec une intensité de 400 milliampères, avec un peu d'anesthésie locale, les séances sont bien supportées sans réaction anormale. Après cinq mois de repos sans récurrence deux petits bourgeons qui restaient à l'angle supérieur sont traités en juillet, puis de nouveau en octobre.

Après plusieurs mois de surveillance, la plaie ne présentant aucun papillome et paraissant bien cicatrisée, une plastique referme le larynx le 23 juin 1923, six ans après la première trachéotomie.

Depuis un an l'état du larynx s'est maintenu le même. En résumé, les traitements chirurgicaux classiques, trachéotomie, laryngotomie avec curettage, galvano-cautérisation, tubage caoutchouté ont également échoué. Nous n'avons pas essayé les rayons X parce que la laryngostomie nous offrait une voie d'abord facile.

La guérison a été obtenue facilement par la diathermie employée à doses moyennes, et séances espacées, sans nécrose cartilagineuse ni réaction locale.

La diathermie sur des papillomes laryngés nécessite au moins chez l'enfant et probablement aussi chez l'adulte, une stomie laryngée suffisante pour que toute la surface malade soit bien en vue et que le travail se fasse à ciel ouvert.

Nous avons trouvé à cette méthode les avantages suivants : indolence presque absolue par anesthésie cocaïnée en application, pourvu que le malade soit docile et bien immobilisé.

Surveillance facile de l'évolution des lésions et de la cicatrisation.

Pas d'hémorragie, donc pas d'essaiage possible alors que le curettage et même la galvano-cautérisation risquent l'extension des papillomes par l'hémorragie même minime.

Possibilité pour le malade de continuer sa vie ordinaire, notre jeune malade n'a été hospitalisé que quelques jours au début du traitement.

Nous ne voyons pas d'inconvénient à une laryngostomie prolongée chez un enfant : notre malade était au cours de bronchite aiguë quand nous avons pratiqué la laryngostomie, il s'en est très bien guéri, et depuis n'a pas présenté d'autres affections pleuro-pulmonaires, sa croissance et nous ne voyons pas d'inconvénient à une laryngostomie prolongée chez un enfant ; notre malade était en cours de bronchite aiguë quand nous avons pratiqué la laryngostomie ; il s'en est très bien guéri et depuis n'a pas présenté d'autre affection pleuropulmonaire, sa croissance et son développement n'ont pas été troublés par une stomie laryngée, maintenue trois ans et demie.

Actuellement si la voix de notre petit malade est défectueuse, on ne peut en accuser la diathermie qui a été appliquée sur un larynx déjà traumatisé et cureté maintes fois.

E. HALPHEN a eu l'occasion de revoir ces temps-ci une petite malade qu'il a laryngostomisée en 1908 pour des papillomes récidivants dans le service du professeur Sebileau. Cette malade a subi une dilatation caoutchoutée pendant six mois environ, et a été présentée à la société de chirurgie, l'année suivante guérie. C'était le premier cas de laryngostomie avec dilatation pour papillomes.

Or il a revu après la guerre son opérée en pleine récurrence, et il a dû enlever des touffes de papillomes à la pince à plusieurs reprises.

La dernière intervention incomplète a eu lieu en décembre. A ce moment, sur le conseil de Lemaître, il a confié la malade au Dr Surré et au bout de quelques séances de radiothérapie les quelques débris

de tumeurs disparurent et la voix, rauque, étouffée naturellement, est revenue ce qu'elle était après la première guérison.

BOURGEOIS déclare avoir déjà traité quelques cas de papillomes par la radiothérapie et avoir eu de bons résultats.

MOULONGUET croit que si les applications diathermiques ont été parfaitement justifiées chez ce malade qui a été amené à l'hôpital Laennec déjà thyrotomisé, elles ne sauraient être érigées en méthode générale de traitement des papillomes laryngés diffus des enfants. Il semble que l'on puisse arriver à la guérison de façon beaucoup plus simple et plus facile en combinant un nettoyage chirurgical du larynx fait par les voies naturelles, sous-laryngoscopie en suspension, avec des applications de rayons X faites dans les jours qui suivent.

Moulonguet a ainsi traité il y a deux ans 2 malades chez lesquels la guérison s'est maintenue. A noter que chez l'un de ces malades on avait sans succès essayé d'abord la radiothérapie seule. Les papillomes ne disparurent pas.

Deux mois plus tard on se décida à faire une extirpation des papillomes sous laryngoscopie en suspension, suivie dans les jours suivants de plusieurs séances radiothérapiques.

L'extirpation des papillomes sous laryngoscopie en suspension chez les enfants endormis au chloroforme est une intervention en général aisée.

LEMAITRE. — Nous devons publier, mon collègue Halphen, mon assistant de radiologie Surrel et moi, un travail sur le traitement des papillomes du larynx par la röntgenthérapie. Je puis dès aujourd'hui donner, à défaut d'opinion formelle, les impressions que nous avons retirées de ce mode de traitement : *les résultats que nous avons obtenus ont presque toujours été supérieurs à ceux que nous avions escomptés.*

En principe, nous appliquerons la röntgenthérapie seule, non combinée à la chirurgie. Nous ne pratiquons pas de laryngostomie; nous cherchons à éviter la trachéotomie et nous ne recourons à l'exérèse, par endoscopie directe, que pour confirmer par la biopsie le diagnostic clinique. Dans ce cas, nous faisons immédiatement suivre l'exérèse ou le simple prélèvement d'une séance de röntgenthérapie; nous croyons en effet que toute manœuvre qui traumatise la muqueuse ouvre des portes à l'essaimage, comme semble en témoigner le développement rapide et exubérant des papillomes laryngés à la suite des ablations pratiquées par les voies naturelles.

La röntgenthérapie ne nous a jamais occasionné d'ennuis. Nous l'administrons généralement à la dose de 8 à 10 H après filtre de 1 centimètre d'aluminium, étincelle équivalente, 27 centimètres, en une séance. Lorsqu'elle donne des succès, le résultat favorable est annoncé dans la troisième ou quatrième séance par la disparition de la dyspnée d'effort, par la diminution de la dysphonie, et, dans certains cas, par le rejet de fragments de papillomes...

Personnellement j'ai été surpris de l'action favorable de la radiothérapie sur les papillomes du larynx. Bien qu'elles se développent parfois très rapidement, les « verrues laryngées » présentent en effet un index kari okinétiq ue assez faible; à priori, par application de la

loi de Bergonié et Tribondeau, elles ne rentrent donc pas dans la catégorie des néoformations radio-sensibles.

Comment donc agissent les rayons X sur les papillomes du larynx? Pour répondre à cette question, il semble nécessaire d'en résoudre préalablement une autre; qu'est-ce qu'un papillome laryngé?

Ici, nous sortons du domaine des faits pour entrer dans celui des hypothèses. Voici cependant ce que nous croyons devoir faire remarquer :

1° Les papillomes du larynx ne sont pas des tumeurs bien qu'il appartiennent histologiquement au groupe des hyperplasies tumorales mixtes, épithéliale et conjonctive, bien qu'ils soient histologiquement le type des tumeurs bénignes mixtes. Ce sont invraisemblablement des réactions inflammatoires, d'aspect tumoral, apparentées aux polypes dits myxomes des fosses nasales lesquels sont incontestablement des inflammations tumorales;

2° La radiothérapie semble agir sur les muqueuses des voies respiratoires supérieures en réalisant l'épidermisation de celles-ci, ainsi que le montre l'aspect lisse, uni, vernissé, des brèches opératoires faites chez les cancéreux dont on a fortement irradié les muqueuses conservées.

Ces deux remarques étant faites, il nous semble possible d'admettre que les rayons X agissent, non pas sur les papillomes eux-mêmes, mais sur la muqueuse inflammatoire qui leur avait donné naissance. Dans cette hypothèse, la radiothérapie constituerait une thérapeutique rationnelle des papillomes du larynx, son action portant directement sur la cause, la muqueuse inflammatoire, et indirectement sur la manifestation, la production papillomateuse.

#### A. MOULONGUET. — Traitement de la tuberculose laryngée par la section du nerf récurrent.

Le malade que je présente est un homme de 35 ans atteint de tuberculose pulmonaire depuis 1919.

Les lésions pulmonaires ont évolué lentement avec alternatives d'aggravation et d'amélioration. Actuellement, bien qu'il existe une petite caverne au sommet droit et des lésions d'infiltration assez marquées du côté gauche, l'état général est relativement bien conservé et la température le soir ne s'élève pas au-dessus de 37°8.

Il y a quatre mois est apparue de la raucité de la voix. Un mois plus tard le malade a accusé de la dysphagie localisée du côté gauche qui le décide à venir consulter. A ce moment on constate une infiltration localisée à la moitié gauche du larynx occupant la bande ventriculaire, la corde vocale, et surtout l'aryténoïde gauche qui est considérablement tuméfiée et dont les mouvements sur le chaton cricoïdien pendant la phonation se font avec une certaine gêne. A noter une ulcération superficielle, à bords irréguliers, sur la bande ventriculaire.

Le Wassermann étant négatif, on diagnostique une tuberculose laryngée unilatérale avec arthrite crico-aryténoïdienne.

La conservation d'un bon état général, l'unilatéralité des lésions, l'existence d'une arthrite crico-aryténoïdienne faisaient de ce malade



le cas type pour tenter le traitement imaginé par Leichsering et Hégener : immobilisation du larynx malade par la section récurrentielle.

Intervention pratiquée le 8 mai sous-anesthésie locale. Incision sur la ligne médiane, section de l'isthme du corps thyroïde : décollement du lobe latéral gauche de la face latérale de la trachée. Recherche du récurrent au niveau du bord postéro-interne du lobe latéral du corps thyroïde. Résection du nerf.

Ce cas me paraît intéressant à un double point de vue : il est, je crois, le premier relaté en France de traitement d'une arthrite tuberculeuse crico-arythénoïdienne par la section d'un récurrent.

Enfin et surtout il a permis de réaliser une véritable expérience physiologique sur l'homme. Après la section du récurrent on a pu constater nettement que la corde est immédiatement fixée en position intermédiaire. C'est cette situation qu'elle occupe encore. Ce résultat, conforme d'ailleurs à ceux de Leichsering et Hegener, est un argument formel contre la théorie basée sur les expériences sur les chiens qui admet que toute section récurrentielle met la corde en position paramédiane, la position intermédiaire n'étant que le stade atrophique de la phase précédente paramédiane.

Il sera intéressant de suivre l'évolution de cette tuberculose laryngée.

On peut toutefois noter dès à présent deux faits à l'actif de ce traitement : d'une part sa bénignité, de l'autre le soulagement qu'il a immédiatement apporté à la dysphagie du malade.

#### BOURGEOIS et LANOS. — Néoplasme de la région prévertébrale.

Malade âgé de 48 ans, spécifique, qui rapidement, en l'espace d'une quinzaine de jours a présenté une tumeur volumineuse de l'hypopharynx empêchant toute alimentation autre que liquide.

Dans le courant du mois de février dernier, M. A... ressentit une gêne de la déglutition à laquelle il n'attacha d'abord aucune importance. Mais très rapidement, avant la fin du mois, la déglutition des aliments devint impossible, et le malade entra pour traitement dans le service de M. le Dr Bourgeois. L'examen clinique et la radiographie montrèrent l'existence d'une tumeur à contours presque géométriques, au niveau de la paroi postérieure de l'hypopharynx, en face des III<sup>e</sup> et IV<sup>e</sup> vertèbres cervicales, de forme quadrilatère, faisant très fortement saillie et empêchant la déglutition, tumeur de consistance extrêmement dure et se déplaçant avec les mouvements du pharynx, sans aucune modification morphologique de la muqueuse à ce niveau. Donc : tumeur intra-pharyngée.

L'examen histologique montra l'existence d'un néoplasme à forme intermédiaire (Logeais-Paraf, Weil) avec aspect baso-cellulaire et ébauche de globes cornés.

La radiothérapie n'a amené aucune amélioration de cette tumeur radio-résistante, et une gastrostomie sera nécessaire pour pourvoir à l'alimentation du malade.

BALDENWECK. — Pansinusite double, opérée par voie endonasale sur presque tous les sinus. Crises de rétention dans le sinus frontal droit non opéré. Vaccinothérapie. Névrite rétrobulbaire bilatérale.

Paraîtra *in extenso* dans les *Archives*.

DONIOL-VALEROZE (présenté par Moulonguet). — **Traitement de l'ozène par la vaccinothérapie locale (vaccins biliés liquides et en poudre).**

Nous avons cherché à réaliser une vaccinothérapie locale de l'ozène suivant les principes de Besredka et les récents travaux de M<sup>lle</sup> Boss : application locale du vaccin, la muqueuse étant préalablement sensibilisée par la bile (badigeonnage), de même que l'on sensibilise par ingestion de bile la muqueuse intestinale au cours de l'entéro-vaccination anti-typhique. Déjà MM. Proby et Rebattu ont publié dans le *Journal Médical de Lyon* (décembre 1923), les résultats d'un essai de vaccination locale de l'ozène. Ils décapent la pituitaire par badigeonnage au porte-coton, soit sec, soit imbibé de solution de cocaïne et utilisent le vaccin en pulvérisation et injections sous-muqueuses.

Nous nous sommes servis d'auto-vaccins et nos expériences nous ont convaincus qu'il y avait intérêt à avoir des vaccins à *très grosse teneur de germes*. Nous utilisons un vaccin liquide et un vaccin en poudre biliée.

*Vaccin liquide*, 10 milliards de germes par centi-cube. Nous le demandons au laboratoire non en ampoules mais en petits ballons de 20 centimètres cubes bouchés à l'ouate.

*Vaccin en poudre*, 400 milliards de germes incorporés à 3 grammes de lactose plus 4 grammes de poudre de bile choay. Le vaccin en poudre s'obtient très facilement par la technique du Dr Bergeron qui a bien voulu préparer nos vaccins. Les tubes de gélose ensemencés avec les sécrétions ozéneuses sont mis à l'étuve, les germes de culture recueillis par une solution alcool-éther qui les stérilise et que l'on verse sur la poudre de lactose qui sèche facilement pour donner une poudre de vaccin à laquelle on incorpore la poudre de bile.

*Traitement*. — 1° Avec de la bile de bœuf stérilisée dont on imbibe largement un porte-coton badigeonnage (suffisamment énergique pour rosir le coton) de toute la muqueuse de la fosse nasale, au préalable ablation des croûtes.

a) *Vaccin liquide*. — 2° Avec des lames d'ouate hydrophile largement imbibées de vaccin on tapisse toute la muqueuse de la fosse nasale : cloison, cornets, méats. Nous avons utilisé en moyenne 4 centimètres cubes de vaccin par fosse nasale. Ce pansement est laissé en place pendant une heure après avoir recommandé au malade de ne pas se moucher et de respirer par la bouche.

Ces pansements sont faits quotidiennement pendant dix jours au bout desquels fétidité et croûtes sont disparues ou sont très diminuées.

b) *Vaccin en poudre*. — On complète et entretient les résultats

par l'application en insufflation du vaccin en poudre que le malade pratique lui-même au moyen d'un tube de verre relié à un tube de caoutchouc. Le tube de verre est introduit dans la fosse nasale horizontalement. En soufflant dans le tube de caoutchouc le malade projette la poudre qui tapisse la muqueuse. Nous faisons faire matin et soir pendant quinze jours (plus si utile) une insufflation dans chaque narine, soit un soixantième du total du vaccin-poudre à 400 milliards indiqué plus haut. On utilise donc quotidiennement environ 13 milliards de germes par fosse nasale.

Depuis cinq mois nous avons traité 19 malades soit à la consultation oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Boucicaut, soit en clientèle. Les observations détaillées seront publiées sous peu dans la thèse de Leplat qui a largement contribué à ces recherches.

En l'état actuel chez tous nos malades la fétidité a disparu, les croûtes sont fortement diminuées ou disparues. Trois malades avaient déjà été traités sans résultat par des auto-vaccins sous-cutanés. Deux de ces malades après vaccination locale semblent complètement guéris, le troisième ne mouche plus que des croûtes insignifiantes. Tous les autres avaient été soignés par des traitements divers et n'avaient eu que peu ou pas d'amélioration.

Sur quinze de nos malades nous avons pu rechercher le Wassermann, il a toujours été négatif.

Signalons que nous avons traité sans le moindre résultat par des badigeonnages de bile non suivis d'application de vaccin plusieurs ozéneux pris au hasard parmi ceux que nous avons rencontrés. Chez deux d'entre eux le traitement vaccin-bile fait secondairement a donné de bons résultats. Nous n'avons pu amener aujourd'hui que les deux malades que nous vous présentons. L'un M., présentait un ozène datant de l'enfance, l'autre, présentait un ozène datant de deux ans. Ils ont été traités de la manière que nous avons indiquée plus haut : pansement au vaccin liquide et insufflation de vaccin en poudre. Ils sont sans traitement depuis plus d'un mois et ne présentent ni croûtes, ni odeur, la pituitaire est rose et humide.

Les avantages de ce traitement sont : possibilité d'employer des vaccins très actifs. Nous n'avons jamais eu la moindre réaction locale ou générale malgré de très grosses doses de vaccins très concentrés.

Facilité et simplicité du traitement qui est absolument indolore.

Possibilité pour le malade de se soigner lui-même au bout de dix jours et de pouvoir entretenir sans pertes de temps, sans manœuvres compliquées, longues ou dangereuses, les résultats obtenus et cela aussi longtemps et aussi souvent que nécessaire par quelques prises journalières autrement plus simples et plus facilement acceptées que les traitements classiques, et nécessitant au maximum une perte de temps de deux minutes par jour.

---

*Séance du 11 juin.*

**MM. HAUTANT et JACQUES DURAND. — Un cas de papillome des fosses nasales. Traitement radiothérapique. Disparition complète des lésions.**

M. M..., âgé de 40 ans, vient consulter à la Pitié pour une obstruction complète de la fosse nasale droite accompagnée d'épistaxis fréquentes. Il y a cinq ans environ le malade a commencé à éprouver une certaine gêne à respirer par le nez ; peu à peu cette gêne s'est accentuée, des saignements de nez ont apparu ; à un moment, le malade eut l'impression que « quelque chose pendait dans son nez et se déplaçait ». Depuis six mois l'obstruction est devenue complète du côté droit et les épistaxis se renouvellent régulièrement chaque fois que le malade se mouche un peu fort.

La rhinoscopie antérieure montre la fosse nasale droite encombrée de masses végétantes, affleurant presque l'orifice narinaire ; elles ont une coloration rosée uniforme ; les unes, pédiculées, les autres presque sessiles, elles sont insérées sur la cloison, le plancher, le cornet inférieur. Toute la lumière de la fosse nasale est à peu près comblée et il est impossible de voir jusqu'où les lésions s'étendent en arrière.

La fosse nasale gauche est normale. La rhinoscopie postérieure montre que le cavum est libre ; les choanes et la partie postérieure de la fosse nasale droite sont également indemnes.

Le nez ne présente aucune déformation extérieure. La radiographie montre des sinus normalement clairs.

Par ailleurs, le malade est un tuberculeux pulmonaire. Il a présenté à maintes reprises des hémoptysies ; il tousse et son expectoration renferme des bacilles ; l'aryténoïde droit est infiltré.

L'examen histologique d'un fragment a donné le résultat suivant : papillome non kératosique, du type pavimenteux stratifié. Stroma dépourvu de cellules inflammatoires. Un certain nombre de mitoses dans les couches profondes. Histologiquement il ne s'agit pas de cancer. La tumeur est manifestement bénigne (Dr Berger).

Le malade a été soumis à un traitement radiothérapique à la Fondation Curie. La dose donnée fut sensiblement le tiers de celle employée dans le traitement du cancer du larynx. A la suite toutes les masses végétantes ont disparu et la fosse nasale est redevenue normale.

**ANDRÉ MOULONGUET. — Présentation d'une malade atteinte de gommes tuberculeuses de la joue.**

Jeune femme de 30 ans, scoliotique, présentant depuis plusieurs années des poussées de bronchite suspecte, constate en novembre dernier l'apparition d'une petite masse indolente de la joue gauche qui augmente progressivement de volume, jusqu'à atteindre, nous dit-elle, en février, les dimensions d'une grosse cerise. A cette époque dans un service de chirurgie, on extirpa cette tumeur par voie buc-



cale. Au bout d'un mois la grosseur reparaît, au même endroit, en même temps apparaît une seconde tumeur présentant exactement les mêmes caractères que la première a son début et placée un peu plus en avant et en bas.

Quand la malade vient consulter le 1<sup>er</sup> juin on constate les signes suivants :

La première tumeur récidivée forme une masse grosse comme une petite noix placée à mi-chemin d'une ligne unissant la commissure buccale gauche au conduit auditif externe de consistance rénitente, elle adhère à la fois à la muqueuse buccale et à la peau de la joue, soulevée en une saillie hémisphérique de coloration violacée.

A un travers de doigt au-dessous et en dehors de la commissure buccale gauche on perçoit par la palpation une masse arrondie rénitente, mobile sur la peau et sur la muqueuse buccale, grosse comme une cerise.

Le 3 juin sous anesthésie locale ablation de la petite tumeur ; il n'existe pas de plan de clivage ; la tumeur est semi-liquide, formée d'un tissu d'aspect fongueux creusé d'une cavité irrégulière qui contient un liquide grumeleux.

L'examen histologique montre des cellules géantes typiques et l'absence complète de tissu lymphatique.

Cette malade me paraît intéressante à plusieurs points de vue : d'abord la rareté de ces gommes sous-cutanées contribue à en rendre le diagnostic difficile.

Cliniquement le diagnostic d'adénites géniennes bacillaires m'avait paru vraisemblable et il a fallu l'examen histologique montrant l'absence complète de tout follicule lymphatique pour faire rejeter ce diagnostic ; étant donné la similitude d'aspect des deux tumeurs, du moins au début de leur évolution, j'admets que la première tumeur, non examinée histologiquement, est aussi une gomme tuberculeuse.

La question thérapeutique est également intéressante à discuter ; sur la première tumeur adhérente à la peau il est impossible de tenter une exérèse chirurgicale ; le traitement par ponctions et injections de liquides modificateurs pourrait être pratiqué ; mais il m'a paru préférable de faire suivre à cette malade un traitement roentgénéthérapique, la gomme tuberculeuse, de l'avis des physiothérapeutes, étant particulièrement justiciable de ce traitement.

J'espère pouvoir, dans quelques mois, vous remontrer cette malade guérie sans cicatrices disgracieuses.

**H. BOURGEOIS. — Langue dépapillée : présentation de malade.**

**LEMAITRE. — Kyste dentaire développé au niveau d'une dent de lait.**

Ce travail paraîtra *in extenso* dans les *Archives*.

**MOULONGUET. — Cordite hypertrophique postérieure : présentation de malade.**

**A. BLOCH. — Réfection nasale par greffe cartilagineuse.**

Étant donnée l'importance des lésions hérédos-spécifiques qui ont abouti en particulier à la disparition presque complète de la cloison nasale, la restauration a été ici très difficile et le résultat, bien que marquant un progrès sensible sur l'aspect antérieur est encore évidemment loin de la perfection. A signaler qu'il s'est produit autour du greffon un petit hématome qu'on a dû ponctionner, avec suppuration légère, fistulisée vers la peau, mais qui a fini par tarir, sans compromettre immédiatement, semble-t-il, la vitalité du greffon.

Bloch insiste sur la nécessité de soumettre l'opéré à un traitement antispécifique intensif, qui a ici influencé l'état local de façon très favorable.

**DISCUSSION**

MOULONGUET. — J'ai écouté avec d'autant plus d'intérêt ce que vient de nous dire le Dr Lemaître sur la question des greffes de cartilage formolé d'autant que depuis deux ans j'en ai pratiqué un certain nombre en collaboration avec mon ami Ramadier. Il est certain que l'emploi de ces greffes est merveilleusement commode ; préparant et taillant les greffons à l'avance il est possible de leur donner une perfection de forme difficile à réaliser avec les autogreffes cartilagineuses ; on évite cette opération de prélèvement de cartilage costal sinon dangereuse, du moins souvent douloureuse dans ses suites pendant quelques jours. Mais ces greffes ont un inconvénient : elles sont moins bien tolérées que les autogreffes, et ne peuvent être employées qu'au cours d'opérations absolument aseptiques comme celle qu'on réalise en utilisant comme voie d'accès la région sourcilière ou la région de la racine du nez ; dans deux cas où j'avais employé la voie de la sous-cloison, où la plaie par conséquent était exposée à être souillée par les sécrétions nasales, le greffon ne fut pas toléré.

---

**SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE  
SECTION DE LARYNGOLOGIE**

*Séance du 1<sup>er</sup> février 1924.*

**E.-A. PETERS. — Un cas de tumeur osseuse étendue de la cloison.**

Développement d'une tumeur de consistance osseuse sur la cloison ostéo-cartilagineuse d'une femme de 46 ans. L'auteur demande l'avis quant au traitement. Il n'existe aucune altération des autres os de la face.

BANKS-DAVIS ne voit aucune corrélation avec le léontiasis.

D.-D. DAVIS. — Par quelle voie l'auteur pense-t-il enlever la tumeur qui semble être un chondrome ? L'opération de Rouge paraît la plus commode. Il a observé deux fois une récurrence dans des enchondromes laryngés malgré leur ablation avec la capsule : ce qui est à craindre dans ce cas.

W.-HILL. — La tumeur augmente-t-elle actuellement ? Si son développement est stationnaire, il suffirait de creuser autour un canal permettant la respiration ; sinon il faut instituer un traitement plus radical.

JOHNSON HORNE cherche à préciser l'étiologie. La malade avait-elle subi des interventions antérieures ?

CARRUTHERS a observé récemment un cas analogue ; il avait essayé l'extirpation, mais plus il creusait, plus il tombait sur du tissu osseux et dut se contenter de créer un passage dans la cavité nasale. Une radiographie montra un léontiasis englobant les deux orbites.

KELSON a vu un cas semblable ; mais la tumeur provenait de la paroi latérale ; elle n'a aucun rapport avec le léontiasis. La tumeur enlevée contenait dans son centre de l'os spongieux. Elle ne récidiva pas.

PETERS. — Wassermann négatif. La radiographie ne montra aucune atteinte des autres os de la face. Aucun accroissement récent. L'auteur se propose de faire une biopsie, et d'extirper la tumeur ultérieurement.

#### A.-J. WRIGHT. — Un cas de dégénérescence du cornet moyen.

La tumeur d'aspect vilieux avait une insertion pédiculée sur le bord antérieur du cornet moyen gauche. Extirpée il y a plus d'un an, elle n'a pas récidivé. Quelle est la nature de cette tumeur ?

W. HILL. — Elle rappelle certaines tumeurs ovariennes.

MUSGRAVE WOODMAN. — Macroscopiquement l'auteur semblait avoir enlevé tout le cornet moyen avec son bord polypoïde. Microscopiquement la tumeur était recouverte d'un épithélium épaissi, cilié, intact ; le centre était formé par des amas de cellules vacuolaires, des éléments que le professeur Shattock considère comme caractéristiques pour certaines tumeurs ethmoïdales et qu'il appelle « endothéliosarcomes ». Cliniquement elles peuvent être tantôt bénignes, tantôt malignes, enlevées au début, elles ne semblent pas récidiver.

WATSON WILLIAMS demande un examen histo-pathologique approfondi par la sous-commission d'étude pathologique.

WRIGHT. — La tumeur obstruait complètement la cavité nasale gauche. L'examen histologique indiquait une tumeur certainement maligne, probablement de nature épithéliomateuse.

Examen histologique du Dr Geoffroy Hadfield : la tumeur est formée d'amas d'épithélium pavimenteux stratifiés en poussée active, avec hyperkératose, et différenciation bien marquée en profondeur. La tumeur a tous les caractères d'un état précancéreux. Exemple de métaplasie sur une inflammation chronique avec un pouvoir élevé de malignité.

G.-W. NICHOLSON ayant également examiné les coupes conclut à l'état métaplasique sans aucun signe de malignité.

**G.-J. WRIGHT.** — **Démonstration de la pièce, de coupes et du dessin d'un cas de mycosis fongioïde ayant atteint le pharyngo-larynx.**

La pièce provient d'un homme de 34 ans que le Dr Kenneth Wills avait montré en octobre 1923 à la section de Dermatologie. A ce moment il se plaignait de raucité de la voix. Les fausses-cordes étaient recouvertes de petites tumeurs ; le pharynx était libre. Quinze jours plus tard, le pharynx était pris à son tour ; avec déplacement du voile en avant ; dyspnée et stridor. Un mois et demi après le malade mourut d'asphyxie et de cachexie. En dehors de l'affection de la peau et de l'engorgement ganglionnaire, le pharynx, le larynx et la muqueuse bronchique étaient atteints par ces lésions sténosantes.

La trachéotomie n'aurait probablement donné aucune amélioration, puisque les bronches et les hiles pulmonaires étaient infiltrés.

**C.-F. BEEVOR.** — **Extraction d'un corps étranger de la bronche droite.**

Extraction d'un embout de trompette à l'aide du tube de Brimings chez un enfant de 7 ans, cinq jours après l'aspiration.

BANKS-DAVIS estime qu'une réaction bronchitique unilatérale chez un enfant doit toujours faire penser à la possibilité d'un corps étranger.

SMURTHWAITE a observé un cas analogue dans lequel il fit l'extraction avec succès cinq semaines après l'accident.

IRWIN MOORE estime que d'après la radiographie le corps étranger était localisé dans la bronche secondaire.

C'est aussi l'avis de Norman Patterson.

A.-I.-HUTCHISON rapporte un cas dans lequel malgré une trachéotomie il ne lui a pas été possible de retirer le corps étranger (protège-pointe de crayon). Il a revu quinze ans plus tard le malade qui avait gardé le corps étranger toujours à la même place sans en être gêné.

BANKS DAVIS. — Chevalier-Jackson a en effet constaté qu'il existait de nombreux enfants ayant des corps étrangers dans leurs bronches sans en être incommodés.

NASTE a rapporté il y a deux ans un cas analogue ; l'extraction n'avait pas réussi ; il a revu l'enfant depuis ; le corps étranger était à la même place, l'enfant se porte très bien.

**I.-B. JOBSON et E.-W. SHEAF.** — **Dilatation de l'œsophage inférieur par cardio-spasme. Guérison à la sonde de mer-cure.**

Dilatation typique à l'écran et à l'œsophagoscopie datant de trois ans chez un paysan de 20 ans. Le cardia n'était perméable que pour une bougie très mince. Passage de la sonde de mercure ; le malade apprit à la passer lui-même avant chaque repas ; guérison rapide.

W. HILL. — Il s'agit vraisemblablement d'une sténose hypertrophique du cardia.

BROWN KELLY — On peut utiliser une dilatation forcée plus accen-



tuée, soit avec un appareil hydrostatique, soit avec un instrument du type d'un ouvre-gants ; il a employé plusieurs fois le ballon de Gottstein, avec succès : s'il s'agit d'une affection d'ordre fonctionnel, la récurrence est fréquente et ne doit pas décourager.

**W.-H. KELSON — Coupes d'un ganglion cervical d'un homme atteint de laryngite chronique (montré à la séance de novembre 1923).**

La coupe montre un épaississement des parois vasculaires et une sclérose générale (spécifique?), mais aucun signe ni de tuberculose ni de néoplasme. Le malade âgé de 77 ans se plaint d'un enrouement datant de quatre mois. Les cordes sont un peu roses, un peu tuméfiées, aucune autre lésion dans le pharynx, le cavum et le nez.

**SAINT-CLAIR THOMSON. — La durée d'une canule de trachéotomie.**

C'est une canule qui a été mise en place pour un lupus du larynx. Elle a été portée trois ans et enlevée pendant cette période quatre fois seulement pour des raisons de nettoyage. L'argent était devenu si mince qu'il avait fini par se craqueler.

**A.-L. M'LEOD. — Un cas d'épaississement considérable des bandes ventriculaires recouvrant les deux cordes.**

Ce malade, âgé de 52 ans, a déjà été présenté à la séance du mois de février 1923. On hésitait entre une tuberculose, une spécificité ou simplement un épaississement inflammatoire banal. Depuis la lésion a augmenté et rendu nécessaire une trachéotomie.

TILLAY en fait un épithélioma.

**COURTENAY MASON. — Les angiomes du palais.**

L'auteur cite deux cas d'angiome du palais ; il demande la valeur de la diathermie dans ces cas ; il avait proposé le galvano-cautère.

BANKS DAVIS préconise la galvano-cautérisation.

IRWIN MOORE est partisan du traitement au radium.

NORMAN PATTERSON condamne la galvano cautérisation, comme étant trop dangereuse dans ce cas.

**W.-H. JEWELL. — Ulcération de la corde vocale gauche, épithélioma.**

La corde vocale gauche d'un homme de 60 ans, enroué depuis neuf semaines, est ulcérée dans ses deux tiers antérieurs. Mouvements libres.

O'MALLEY, WRIGHT, SYME considèrent la lésion comme un cancer ; CARRUTHERS en fait un épithélioma à localisation sous-glottique.

ARMOUR BROWN. — La courte durée de l'enrouement ne parle pas en faveur d'un épithélioma.

**PHILIP FRANKLIN. — Ulcération de la cloison nasale.**

Chez un malade de 50 ans ; Wassermann négatif. Les bords sont relevés, œdémateux.

WRIGHT demande une biopsie.

SYME. — On peut hésiter entre la tuberculose et la tumeur maligne, il penche vers la dernière hypothèse.

Le protocole histologique ne mentionne ni tuberculose ni néoplasme, guérison au bout d'un mois après résection sous-muqueuse.

QUIRIN.

---

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE  
SECTION DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 7 mars 1924.*

**MUSGRAVE WOODMAN. — Les affections suppurées des sinus supérieurs (voir *Analyses*).**

W.-T. GARDINER décrit à l'aide de projections la méthode endonasale de Sluder pour l'ouverture du sinus sphénoïdal et de l'ethmoïde sous anesthésie locale. Anesthésie locale à la cocaïne-adréaline à 10 % de la fosse nasale, attouchement du ganglion sphéno palatin à la cocaïne à 90 % (?). Dégagement du cornet moyen de son insertion à l'aide du couteau de Sluder, ablation à la pince de Luc. L'opération peut suffire pour un drainage ethmoïdal. Si l'on veut pousser plus loin, on se sert d'un couteau-crochet, avec lequel on éventre le sinus sphénoïdal dans sa paroi antérieure ; en tournant le crochet latéralement, on peut ouvrir la cellule ethmoïdale postérieure. La brèche ainsi créée peut être élargie avec une pince à l'emporte-pièce.

DOUGLAS GUTHRIE a constaté dans ses recherches sur le cadavre que dans 74 % le toit des cellules ethmoïdales antérieures était situé au-dessus de la lame criblée. Dans les autres 26 % il y avait juste une disposition inverse, avec une lame criblée très large. Dans 18 % des cas il y avait un épaississement de la *crista galli* tel que la gouttière olfactive était transformée en un canal profond.

HERBERT TILLEY. — En ce qui concerne la valeur des interventions par voie externe ou par voie endonasale, sur le sinus frontal, tous les cas ne peuvent être traités de la même façon. Il a vu un cas d'ostéomyélite frontale après intervention pour une sinusite maxillaire, avec issue fatale. Les risques d'une ostéomyélite sont augmentés par l'usage d'instruments trop tranchants en curettant l'angle, où se rejoignent la paroi antérieure et postérieure, par ouverture du diploë, mais l'ostéomyélite peut se développer sans opération préalable ainsi qu'en témoignent 5 cas.

Quant aux affections sphénoïdales, elles sont très fréquentes ; nombre de catarrhes rétronasaux doivent être mis sur le compte d'une sinusite sphénoïdale. Le symptôme principal est la céphalée ; mais il

y en a d'autres moins négligeables, la pharyngite sèche, les enrouements chroniques avec épaissement de la région interaryténoïdienne.

WATSON WILLIAMS. — La sinusite frontale peut très bien guérir après intervention par voie endonasale pourvu que le drainage soit aisé. Si la guérison ne s'obtient pas par ce procédé, cela tient à un mauvais drainage ou à la présence de récessus dans le sinus frontal. Quelle est la méthode par voie externe qui donne les meilleurs résultats. Le procédé de Killian crée un espace mort ; d'autre part en supprimant toute la paroi antérieure et le plancher, on obtient une déformation considérable.

LOGAN TURNER présente une statistique sur les complications des sinusites. Sur 125 cas il a observé ainsi 77 complications non-opératoires, 48 post-opératoires. Le premier groupe donnait 41 pour le sinus frontal, 19 pour le sphénoïdal, 9 pour l'éthmoïde, et 2 pour le maxillaire ; 89 % des complications post-opératoires étaient survenues dans les sinusites chroniques, 10 % dans les formes aiguës. Elles étaient plus fréquentes dans les sinusites multiples et non opérées. L'ostéomyélite s'est développée dans 58 % des cas opérés aussi bien par voie externe que par voie endonasale.

ALDIGTON GIBB a eu un cas dans lequel la céphalée, la diaphanoscopie, la présence de pus dans le méat moyen, l'empâtement de la région supra-orbitaire parlaient en faveur d'une sinusite frontale. L'ouverture montra l'absence de pus, seulement une inflammation du nerf sus-orbitaire ; éradication du nerf, drainage ; cessation de la céphalée au bout de vingt-quatre heures ; guérison. Une douleur mastoïdienne ne lui semble pas toujours indiquer une affection sphénoïdale.

SAINT-CLAIR THOMSON. — Il y a lieu d'établir une distinction entre l'ostéomyélite primitive et traumatique. La première guérit très bien ; la seconde ne donne que des insuccès d'après sa connaissance.

Contrairement à l'opinion de Woodman, il estime que si l'intervention sur un terrain infecté nous mène à mettre la dure-mère à nu, il s'ensuit généralement une méningite fatale.

SYME. — S'il faut intervenir par voie externe, la méthode de Howarth est la meilleure. La voie endonasale, bien qu'il l'ait employée souvent, est une méthode aveugle. Il ne pense pas, même après les démonstrations de Gardener, changer de méthode, et adopter celle de Sluder. Si l'on a à ouvrir le sinus sphénoïdal, il vaut mieux l'attaquer au point le plus sûr, qui est l'angle externe de la paroi antérieure et non le centre de la même paroi. Si l'on intervient sur l'éthmoïde, il faut faire un nettoyage complet, la persistance de foyers septiques est un danger.

BANKS DAVIS. — On intervient souvent trop tôt ; un traitement conservateur doit toujours précéder l'opération. Il a eu récemment un cas malheureux mort de méningite suraiguë vraisemblablement parce qu'il avait fait un curettage de l'éthmoïde le lendemain de l'admission.

DAWSON partage entièrement cette manière de voir.

J.-B. HORGAN. — Le principe qui doit guider dans l'intervention sur les sinus ethmoïdo-sphénoïdaux est le choix de la voie d'accès la plus sûre, la plus directe, la plus large.

Il n'est pas entièrement partisan des principes qui guident Sluder

dans sa méthode ; il a eu l'occasion d'opérer très fréquemment par voie endonasale sur les sinus ethmoïdo-sphénoïdaux, et il a constaté que pour différentes raisons cette méthode était parfois inefficace.

Il fait l'ouverture du sinus sphénoïdal également par l'angle externe. La curette de Moure est un très bon instrument, en deux à trois minutes on peut ainsi évacuer l'ethmoïde d'arrière en avant.

Il insiste sur la participation fréquente du sinus maxillaire dans les cas d'ethmoïdite. Avec la méthode par voie interne (par le sinus maxillaire) on peut utiliser la vision binoculaire, l'hémorragie est facilement contrôlable et la désinfection est aisée. La raison principale pour laquelle l'auteur insiste sur sa méthode, c'est la vue sur les cornets qui sont laissés en place, malgré que le labyrinthe ethmoïdo-sphénoïdal soit évacué. Les résultats sont excellents.

MUSGRAVE WOODMAN. — Le danger de méningite n'est pas si grand. Il a opéré un malade d'un néoplasme de l'ethmoïde ; par mégarde il avait ouvert la dure-mère ; désinfection de la région ; suture. Il n'y eut même pas une élévation thermique, et le cas était pourtant septique.

On termine la séance par la présentation de quelques cas de sinusites opérées par voie externe et endonasale, de quelques coupes microscopiques et de radiographies. QUIRIN.

## CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ÉCOSSAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE ET DU CLUB ÉCOSSAIS D'OPHTALMOLOGIE

*Édimbourg, 29 mars 1924.*

**Les relations des troubles visuels avec les affections des cavités nasales, notamment les sinusites postérieures** (voir analyses des articles de Logan Turner, Syme, Gavin Young, Fraquair, Fraser, J. Dundas-Grant et Reynolds).

EDWIN BRAUNVELL. — Les cas dont il s'agit ici, viennent directement trouver soit l'oculiste, soit le rhinologiste. Les médecins praticiens voient surtout les cas dont les troubles visuels sont à mettre sur le compte d'une sclérose en plaques. D'après une statistique de 225 cas de sclérose en plaques, dont 34 observations personnelles, l'auteur constate que les malades n'ont accusé que dans 8 cas des troubles visuels comme premier et unique symptôme.

D. BROWNLIE pratique les deux spécialités et a toujours examiné dans toute affection du nerf optique les fosses nasales dont les cavités accessoires étaient généralement malades. Dans les cinq dernières années il a observé 6 cas nettement attribuables à une affection des fosses nasales. Avant d'incriminer le nez, il faut pouvoir exclure la syphilis, la sclérose en plaques, l'atrophie optique héréditaire, une affection dentaire, les furoncles de la face et le diabète.

Dans ces cas d'origine nasale, il y a toujours dans les antécédents



un refroidissement, un rhume de cerveau, une angine. Le plus souvent les malades laissent passer un certain temps, jusqu'à quelques années même, et l'atrophie optique a le temps de s'installer. C'est pourquoi, si l'on suppose une origine nasale, il faut ouvrir les sinus postérieurs. Il est certain qu'un grand nombre d'iritis, d'iridocyclites, de choroïdites, dans lesquelles la syphilis et la blennorrhagie sont exclues, relèvent d'une cause nasale.

MAC GILLIVRAY est ophtalmologiste; il estime que les cas de névrite rétrobulbaire qui viennent trouver l'oculiste s'améliorent très bien sans l'aide du rhinologiste; tous les cas qu'il a observés ont guéri, sans qu'on soit intervenu chirurgicalement. Pour lui la névrite rétro-bulbaire des oculistes et la névrite rétro-bulbaire d'origine nasale sont deux choses différentes. Cette question si délicate ne peut trouver une solution dans un congrès; il faut une collaboration intime et constante des deux spécialités pendant une longue période; de préférence établie dans un hôpital mixte, où chaque cas serait soumis à l'examen complet de l'oculiste et du rhinologiste.

D. BALLANTYNE. — La grande majorité des remarques faites jusqu'à présent ne semblent pas avoir une grande valeur, l'histoire des malades n'ayant pas été scrutée à fond. Il serait désirable de débrouiller les cas plus complètement pour que l'on sache attribuer exactement telle lésion à telle origine.

MANSON rapporte une observation complète d'un cas de névrite rétrobulbaire dans lequel une intervention sur le sinus ethmoïdo-sphénoïdal donna la guérison bien que celui-ci ne semblait pas malade.

PATTERSON a l'habitude dans son service d'envoyer tous les cas de névrite rétrobulbaire au rhinologiste; une grande proportion de ces cas est atteinte d'une affection aiguë et guérit sans un traitement actif. Les rhinologistes n'y constatent d'ailleurs jamais de grandes lésions des sinus. Dans aucun de ses cas de la clientèle hospitalière il n'a été amené à ouvrir le carrefour ethmoïdo-sphénoïdal. En réalité, la vérité doit tenir le juste milieu entre l'opinion qui ne voit aucun rapport entre les troubles visuels et les lésions sinusiennes et l'opinion qui veut faire de toute névrite rétrobulbaire une lésion d'origine nasale; mais il faut que les rhinologistes sachent, et tous les oculistes confirment cette opinion, que la grande majorité des névrites rétro-bulbaires guérit sans intervention. Quant aux autres sources d'infection, l'auteur a vu la guérison d'un cas après extraction d'une dent mauvaise. Mais il serait téméraire de tirer des conclusions d'un seul cas. Dans des cas chroniques, aucun oculiste n'hésiterait à faire traiter une lésion sinusienne.

H.-H. SINCLAIR présente une statistique concernant 18 cas de névrite rétrobulbaire observés dans son service dans les deux dernières années. Sur ces 18 cas, 13 furent examinés au point de vue nasal. Le résultat rhinologique intéresse 12 cas, dont 6 furent négatifs, et 6 positifs. Parmi le premier groupe (névrite sans lésion sinusienne) il y eut une amélioration de la vision dans 3 cas dans l'intervalle de sept à dix jours. Dans le deuxième groupe il y a lieu de distinguer 4 cas avec affection nasale non opérés qui s'améliorèrent tous les 4 en l'espace de trois jours à cinq semaines. Sur les 2 cas opérés, il y eut un échec, l'autre s'améliora en huit semaines. Restent 5 cas dont on ne fit aucun

examen rhinologique, 3 guérissent dans l'intervalle de quatre jours à cinq semaines, les résultats des deux autres n'étant pas mentionnés.

GARDINER. — Dans les cas qu'il a opérés pour névrite optique, il a constaté des altérations de la muqueuse et du tissu osseux avoisinant, il n'est donc pas impossible que ces altérations aient un retentissement sur le nerf optique. Il y a donc intérêt à examiner d'une façon plus approfondie les fosses nasales qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

SYME. — La sphénoïdite semble être plus fréquente qu'on le pense ; et dans un grand nombre de cas la muqueuse sphénoïdale montre des lésions d'inflammation chronique. Les oculistes sont séparés en plusieurs clans, les uns nient toute origine nasale et prétendent que les névrites rétrobulbaires guérissent toutes seules, les autres sont les interventionnistes à outrance. Il serait disposé à croire que l'opération dans certains cas pourrait même aggraver le pronostic.

QUIRIN.

## SOCIÉTÉ DE NEURO-OTO-OCULISTIQUE DE STRASBOURG

*Séance du 14 juin 1924.*

**VELTER (de Paris). — Sur la structure et la signification morphologique du ganglion ophtalmique.**

Le ganglion ophtalmique est formé d'éléments cellulaires enfermés dans une enveloppe de tissu conjonctif. Il distingue avec Cajal deux types de cellules, les unes volumineuses, abondantes, les autres petites à dendrites fines.

D'après Rizzo il existe en outre des masses pigmentaires dans le corps cellulaire des éléments des deux types, comme on les rencontre dans les cellules sympathiques.

L'auteur apporte des arguments histologiques et physiologiques pour l'hypothèse de la nature sympathique du relais du ganglion ciliaire.

**DUVERGER. — Anévrisme artérioso-veineux du cou.**

Duverger présente une malade atteinte d'anévrisme artérioso-veineux du cou ayant entraîné, outre l'œdème de la face et des paupières du même côté gauche, un œdème de papille de l'œil droit, une hypertonie très accusée de l'œil gauche sans œdème de papille avec conservation de la fonction.

**JOST. — Trouble tardif de la vision après traumatisme crânien.**

Il s'agit de l'observation d'un malade atteint d'atrophie simple du nerf optique gauche à la suite d'un traumatisme (coup de poing) de la région orbitaire gauche. La particularité et la grande rareté du cas

consistent dans le fait que la vision de l'œil atteint avait tout d'abord fléchi jusqu'à 5/18, qu'elle est redevenue normale trente jours après le traumatisme, pour s'abolir ensuite, au moins une année plus tard.

**BARRÉ et MORIN. — Paralyse d'une corde vocale et troubles vestibulaires par syringomyélie. (Présentation de la malade).**

Les auteurs ont suivi pendant quatre ans l'évolution d'une syringomyélie et le développement d'accidents bulbaires dont ils donnent l'étude détaillée.

Ils insistent sur les caractères du nystagmus qui se fait uniquement vers la gauche quelle que soit la direction du regard. Il manque seulement dans le regard en haut ; dans la convergence on observe un mouvement de fuite de l'œil droit. Le nystagmus est giratoire. Il ne s'inverse pas dans la flexion en avant et en bas de la tête.

Les épreuves rotatoires, galvaniques et caloriques sont assez particulières.

Les différents éléments du syndrome vestibulaire, y compris la titubation que M. Barré rapporte à l'appareil labyrinthique, sont présents. On n'observe absolument aucun des signes cérébelleux classiques. Syndrome pyramidal mixte (irritatif et déficitaire) gauche ; syndrome de Claude-Bernard-Horner à droite.

Le réflexe oculo-cardiaque ne se produit ni à droite ni à gauche avant trente secondes. Il existe en outre une paralysie de la corde vocale gauche.

**CANUYT et TERRACOL. — Les phénomènes oculaires dans les suppurations péri-amygdaliennes.**

Au cours des affections inflammatoires suppurées du voile, on constate dans un assez grand nombre des cas, du myosis correspondant au côté lésé. Ce signe décrit par Roque dans les affections du sommet pulmonaire, a été appliqué à l'oto-rhino-laryngologie par H. Vincent et Vernieuwe (*de Gand*). Ce serait, d'après ces deux auteurs, un myosis spasmodique dû à l'excitation de la V<sup>e</sup> paire (nerfs palatins, ganglion de Meckel, ganglion ophtalmique).

Or il convient de remarquer que ce myosis est intermittent et fugace et que d'autre part on relève plus souvent un rétrécissement de la fente palpébrale. Cette ébauche de syndrome de Claude-Bernard Horner, le caractère transitoire des symptômes, la nature des ganglions interposés sur l'arc réflexe, semblent plutôt faire croire qu'il s'agit de troubles sympathiques.

---

*Séance du 12 juillet 1924.*

**J.-A. BARRÉ et R. KAYSER. — Etude neuro-ophtalmologique d'un cas de tumeur du sinus longitudinal supérieur.**

Des crises parkinsoniennes à début crural se développent à droite puis à gauche chez un sujet en même temps qu'un syndrome d'hypertension crânienne. L'appareil cochléo-vestibulaire est intéressé et

au syndrome clinique s'ajoutent des anomalies des résultats des épreuves instrumentales. Le seuil du nystagmus calorique atteint 130 centimètres cubes d'un côté ; l'inversion du nystagmus persiste cependant. Les auteurs s'appuient sur cet exemple nouveau pour confirmer les conclusions de certains auteurs américains relatives aux tests vestibulaires dans les syndromes d'hypertension crânienne.

L'opération, puis l'autopsie montra une transformation néoplasique de tout le sinus longitudinal supérieur ; au cours de l'intervention, et avant toute brèche osseuse, une hémorragie d'une abondance extrême s'était faite par toute la surface du crâne mise à nue.

**J.-A. BARRÉ. — Troubles vestibulaires au cours d'un syndrome d'hypertension crânienne par tumeur du lobe temporal droit.**

En plus du syndrome d'hypertension crânienne et en dehors des crises de céphalées, le sujet avait fait depuis un an plusieurs chutes avec perte de connaissance et morsure de la langue, sans convulsions des membres. A la suite de chacun de ces accidents, l'oreille droite demeurait paresseuse pendant quelque temps. Pendant les paroxysmes de la céphalée il existait des sensations vertigineuses. En dehors de ces crises de vertiges on notait un nystagmus spontané dans le regard direct au loin, dans la convergence et dans le regard vers la gauche ; il faisait défaut dans le regard vers la droite. Les épreuves caloriques, galvaniques et rotatoires étaient sensiblement normales ; aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité ; modification légère du caractère. A l'autopsie du malade, mort subitement, on trouve une tumeur du lobe *temporal droit*. L'étude de ce cas pourra contribuer à la connaissance des tumeurs de cette région et de ce côté.

**J.-A. BARRÉ, METZGER. — Etude des réactions vestibulaires au cours du coma.**

Chez un éthylique en état de coma presque complet par urémie et hémorragie méningée, les auteurs ont pratiqué l'épreuve calorique de Barany. De chaque côté on a observé pour un seuil bas une déviation tonique du côté de l'irrigation froide, un faible nystagmus s'est développé sur place pour un seuil beaucoup plus élevé. Barré et Metzger exposent différentes considérations théoriques, pratiques, en partie nouvelles, sur ces faits, qui avaient déjà été observés par Rosenfeld et quelques auteurs.

**MM. CANUYT et TERRACOL. — Epithélioma du nez et de la région auriculaire avec paralysie faciale.**

Malade âgée de 75 ans, entrée à l'hôpital pour un phlegmon péri-amygdalien et chez laquelle on constate deux ulcérations cliniquement néoplasiques siégeant sur le dos du nez et dans la région auriculaire droite. L'examen anatomo-pathologique a révélé un épithélioma baso-cellulaire pur (nez) et un épithélioma mixte spino-baso-cellulaire (oreille) avec peu de mitose. Le pavillon a presque complètement



disparu. Il y a deux ans paralysie faciale totale, surdité complète et vertige.

La radiographie a montré des images lacunaires mastoïdiennes. Un traitement mixte curiethérapique (appareils moulés) et radiothérapique sera institué.

**J.-A. BARRÉ et CAHN. — Hémiplégie, aphasie et cécité passagères chez un sujet atteint d'insuffisance aortique.**

Chez un sujet en pleine santé apparente une hémiplégie droite avec aphasie s'installe en même temps que la vue de l'œil droit disparaît complètement. Au bout de quelques jours la paralysie du bras s'atténue et disparaît. La motilité du membre inférieur reparaît d'un seul coup. Il existe encore quelques modifications des réflexes tendineux et cutanés, et une altération notable de la sensibilité. A l'œil atteint, dont la vision s'est rétablie, en quelques jours, on trouve encore une dilatation légère de la pupille et une réaction à la lumière un peu moins vive.

Les auteurs rapprochent ces accidents de ceux qui ont déjà été publiés à la société O. N. O. sous le titre de troubles nerveux par spasme circulatoire. Le sujet qu'ils présentent est atteint de grande insuffisance aortique condition qui favorise grandement le développement des accidents circulatoires par spasme.

**BARRÉ, STOLZ et CAHN. — Kyste du cervelet diagnostiqué, opéré et guéri.**

Le malade avait des céphalées atroces, mais pas de stase papillaire (sauf la veille de l'opération) ni d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Syndrome pyramidal droit léger ; syndrome cérébelleux net à droite, très fruste à gauche. Nystagmus spontané gauche ; à l'épreuve calorique le nystagmus ne devient pas nettement giratoire en position 3 de Brünings. L'hypothèse de tumeur du cervelet probablement kystique est basée sur différentes particularités symptomatiques et évolutives. La ponction est faite après trépanation et donne issue à 15 centimètres cubes de liquide ; drainage passager ; guérison complète du syndrome d'hypertension, des troubles cérébelleux et labyrinthiques, disparition rapide de la stase papillaire.

**G. CANUYT et TERRACOL. — L'anesthésie locale du voile du palais par infiltration.**

On emploie couramment pour anesthésier le voile en vue de l'examen laryngoscopique chez certains sujets hyperexcitables, les badigeonnages à la cocaïne. Il paraît préférable d'utiliser l'infiltration du voile au moyen d'une solution de novocaïne, selon une technique indiquée par les auteurs. Cette méthode est rapide, non dangereuse et rend les plus grands services dans la pratique courante.

**J.-A. BARRÉ et L. CRUSEM. — Transformations des réactions vestibulaires dans un cas de vertige de Ménière.**

Chez un pompier atteint de vertige de Ménière avec surdité et qui avait dû quitter sa profession à cause de ces accidents, les auteurs ont observé un retour à la normale complet des réactions labyrinthiques instrumentales qui s'est opéré en une année, mais les troubles, les phobies, l'émotivité excessive et les réactions anxieuses qui s'étaient développées au cours des troubles labyrinthiques leur survivant.

---

# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

---

MARTIN et DECHAUME. — **Des lésions vasculaires causées par la curiethérapie.** *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 janvier 1924.

Les auteurs rappellent les recherches de Letulle qui a décrit minutieusement les lésions histologiques des vaisseaux causées par le radium dans les utérus cancéreux et la muqueuse utérine.

Les auteurs ont basé leurs recherches sur deux tumeurs du sein traitées au radium par Viannay de Saint-Etienne. Dans les lésions utérines il y a de la désintégration de la mésartère pouvant aller jusqu'à la nécrose massive fibrinoïde. Par les modifications circulatoires, ces lésions peuvent, jusqu'à un certain point, exposer à des dangers locaux dans la nutrition des tissus. Nous donnons le résumé très rapide de ce travail, car ces réactions de nécrose par le radium se voient couramment en rhinolaryngologie.

SARGNON.

Dr LOUIS SAMENGO. — **Le radium introducteur. Nouveau dispositif pour radiumpuncture otorhinolaryngologique. Son emploi comme porte-aiguille pour suture chirurgicale.** *Se-mana medica*, n° 51, 1923, Buenos-Aires.

L'appareil est un tube creux contenant à l'intérieur du canon une tige. Monté sur un manche universel, en actionnant les branches du manche le mandrin pousse le tube porte-radium introduit dans le canon et sert à l'implanter dans la tumeur ; on peut à la place introduire une aiguille, et faire fonctionner l'appareil comme le porte-aiguille à sutures de pilier de Waquier.

ED. GRANT.

LACAPERE. — **Sur les injections bismuthées solubles.** *Bull. de la Soc. Fr. de Dermatol. et de Syphiligr.*, n° 4, avril 1924.

La médication bismuthée est entrée aujourd'hui dans la pratique courante, elle permet de traiter énergiquement la syphilis chez les malades intolérants aux arsénobenzols. Malheureusement les préparations insolubles demandent toujours un délai avant d'être efficaces et même dans la syphilis primaire séronégative, on peut constater que la réaction de Bordet-Wassermann présente le « crochet positif » de Tzanck et Dohen. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'ont été employés les sels solubles, leur absorption rapide évitant la diffusion de l'infection. Malheureusement ces sels sont dangereux et il faut les condamner. Quand un sel soluble est injecté, une partie du composé est utilisée par l'organisme, l'autre est évacuée par les émonctoires, cette proportion de sel utilisée par un organisme n'est pas constante, pour

certaines elle dépasse la limite toxique ; aussi voit-on se produire parfois de gros accidents que l'on ne peut prévoir puisque la décomposition et l'assimilation du sel ne sont pas fixes et dépendent des tissus de l'individu traité : en raison de la variation de ce coefficient d'utilisation, on remédie à ce défaut en injectant le bismuth sous forme colloïdale et qui est celui sous lequel le métal est libéré pour être utilisé dans l'organisme : on supprime ainsi tout inconnu. L'auteur conseille d'injecter l'ionoïde de bismuth (bismuth colloïdal) de la façon suivante : injection intramusculaire bihebdomadaires à la dose maxima de 3 centigrammes par injection pour un adulte de 60 kilos.

M. Queyrat a un avis différent de l'auteur, il préfère pour le mercure comme pour le bismuth, la forme sel à la forme colloïdale.

A. AUBIN.

WORMS et G. DELATER. — **De l'autovaccination en oto-rhino-laryngologie.** *Revue de Laryngol.*, n° 8, p. 307, 1923.

L'opinion des spécialistes est encore hésitante sur la vaccinothérapie : les statistiques enregistrent des résultats très variables suivant le vaccin préparé, les microbes et la nature de l'infection. Worms et Delater partisans de l'autovaccinothérapie publient quelques résultats :

*Infection d'origine cutanée.* — Les succès les plus rapides et les plus constants ont été obtenus dans les infections à staphylocoques, ces résultats concordent avec ceux de Wright et de Mauté.

Quatre cas d'otite externe furonculaire, et 2 cas de furonculose du vestibule du nez ont été traités ; la guérison a toujours été obtenue après un surcroît apparent et momentané de virulence.

L'amélioration apportée à l'élément douleur est particulièrement rapide, mais il paraît nécessaire de continuer le traitement pendant quelques semaines après que l'on croit avoir jugulé la pyodermite pour éviter tout retour offensif.

*Infection d'origine muqueuse.* — Dans les infections des muqueuses communiquant avec le pharynx, le streptocoque est le microbe rencontré dans la majorité des cas ; il est soit seul, soit associé ; aucun classement n'a pu être fait dans le groupe des streptocoques quelle que soit l'origine de l'échantillon prélevé. Worms et Delater donnent une courte étude bactériologique du streptocoque : quelques points sont à retenir : 1° le milieu gélose-œuf est le milieu de choix pour obtenir rapidement une culture abondante ; 2° le streptocoque culture cultivé et repiqué perd très rapidement ses propriétés antigéniques, il perd toute activité pathogène, aussi est-il nécessaire pour avoir un autovaccin actif de s'adresser aux cultures du premier ensemencement. Ce procédé a l'avantage de donner un vaccin très rapidement, alors que l'on reproche d'ordinaire à l'autovaccin sa longue préparation. Grâce au milieu gélose-œuf, on a une masse microbienne suffisante. Enfin si une nouvelle série d'ampoules est nécessaire, il ne faudra pas prendre de streptocoque repiqué, un nouveau prélèvement doit donner un streptocoque récent ; on recherche en même temps si un autre germe pathogène ne s'est pas associé à lui.

Le procédé de l'autovaccin a enfin l'avantage de respecter la spécificité microbienne ; mieux vaut s'adresser pour une complication rhi-



nopharyngée à un streptocoque du rhinopharynx qu'à un streptocoque de l'infection puerpérale.

*Préparation du vaccin.* — Ensemencement de six tubes. Les quatre derniers sont seuls utilisés. Le produit de raclage des tubes est émulsionné avec 15 centimètres cubes d'eau physiologique de façon à obtenir l'opacité de la réaction d'agglutination, ce qui donne un milliard de germes par millimètre cube. L'émulsion est tuée par six gouttes d'iode au 2/100 (méthode de Rougue et Senez) ; une demi-heure après on neutralise par l'hyposulfite de soude à 1/100 et l'on répartit par ampoules. Quand le streptocoque est associé, une émulsion plus épaisse est préparée, elle se rapproche comme aspect de l'émulsion T. A. B. elle contient 2 milliards de germes par millimètre cube.

Les injections se font sous-cutanées tous les deux jours, à dose progressive de 1/2, 1, 1 1/2 et 2 centimètres cubes.

*Résultats. Sinusites aiguës.* — La guérison des sinusites aiguës est d'autant plus difficile à apprécier que normalement, elles tendent spontanément vers cette heureuse terminaison ; seules actuellement des impressions peuvent être avancées. La vaccinothérapie paraît favoriser la prophylaxie de la sinusite chronique. Trois cas de pansinusite ont été observés, dans tous la sédation rapide des douleurs a été obtenue, par contre la suppuration n'a été influencée que rapidement, les sécrétions devenant moins abondantes, prennent l'aspect muqueux et la fétidité disparaît.

Dans les cinq observations rapportées, la guérison est obtenue uniquement par la vaccinothérapie.

*Sinusites chroniques.* — La vaccinothérapie n'a d'influence que sur les poussées aiguës ou subaiguës, la douleur est favorablement influencée ; aucune guérison ne put être observée, cette méthode doit céder le pas à la chirurgie, elle ne reprend ses droits qu'après l'opération dont elle devient un adjuvant important.

*Rhinites croûteuses.* — Deux cas de rhinite croûteuse chronique, sans atrophie de la muqueuse ont été traités sans résultat notable par deux séries d'injection d'autovaccin.

*Affections auriculaires.* — Quatre cas ont été traités, la guérison est survenue dans un laps de temps comparable à celui qu'il est habituel d'observer.

*Otitis chroniques.* — Deux cas n'ont pas été modifiés par les vaccins.

*Mastoïdite.* — La vaccinothérapie n'a pas été exclusivement employée, les malades ont tous été opérés, mais le vaccin employé après l'intervention paraît avoir hâté l'évolution des plaies.

A. AUBIN.

NICOLAS GATÉ et DUPASQUIER. — **L'autohémothérapie dans les dermatoses.** *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mai 1921.

Cette méthode a donné surtout des résultats dans la furonculose vraie persistante récidivante et dans l'anthrax. Elle semble agir comme une forme très bien tolérée de protéinothérapie, par choc hémoclasique, mais son mode d'action reste encore tout à fait indéterminée.

SARGNON.

W.-R. MECKER et H.-W. HUNDLING. — **L'anesthésie locale dans les opérations cervicales.** *Surg. Gyn. and Obstetr.*, t. XXXVIII, juin 1924, n° 6, p. 806.

Nous signalons tout spécialement cet intéressant article, accompagné de nombreuses et claires figures, où est étudiée principalement l'anesthésie du plexus cervical postérieur.

Malheureusement et en raison même de sa précision et de son caractère technique, cet article ne peut se résumer. Aussi nous ne saurions assez en recommander la lecture à ceux que la question de l'anesthésie locale intéresse.

BLEGVAD (*Copenhague*). — **Les avantages, les inconvénients et les dangers de l'anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie.** *Revue de Laryngologie*, n° 5, p. 146, 1924.

L'anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie s'emploie sous trois formes : 1° L'anesthésie superficielle, l'agent anesthésique est mis au contact direct de l'endroit anesthésié par badigeonnage ou par inhibition ; 2° L'anesthésie par infiltration, on injecte l'agent anesthésique directement dans le champ opératoire ; 3° L'anesthésie régionale : on injecte l'agent anesthésique dans un nerf en un point de son trajet périphérique (anesthésie régionale périphérique) ou près de son émergence (anesthésie régionale centrale).

L'anesthésie locale est considérée par beaucoup comme une méthode exempte de dangers, Braun, Harpal et Luc ont été les défenseurs les plus acharnés de cette méthode d'anesthésie, cependant une légère réaction s'est faite quand certains accidents furent connus. Blegvad afin de pouvoir établir des conclusions a adressé à ses collègues scandinaves un questionnaire, c'est en se basant sur ces réponses et sur son expérience personnelle, qu'il discute d'une part les avantages, les inconvénients des anesthésiques, d'autre part les méthodes et les techniques employées.

**Cocaïne.** — Très rapidement après l'introduction en oto-rhino-laryngologie des cas d'intoxication furent observés ; certains furent mortels. De l'étude d'ensemble de ces faits on ne peut tirer aucune conclusion nette sur la dose maxima toxique ; elle est des plus variables avec les sujets ; il existe certainement un état de prédisposition individuelle. Il est remarquable cependant que les muqueuses à épithélium pavimenteux stratifié résorbent moins vite que les muqueuses à épithélium cylindrique.

Les symptômes de l'intoxication cocaïnique sont les suivants : si elle est légère, on note de l'angoisse, des vomissements, un évanouissement passager, ou un simple malaise, parfois c'est une excitation cérébrale légère ; si elle est intense : les muqueuses se sèchent, le myosis apparaît, le pouls est faible, irrégulier, lent ou très rapide, la mort si elle se produit se fait dans le collapsus cardiaque (intoxication bulbaire). En observant certaines règles, les accidents peuvent être évités.

1° Le taux de la solution ne doit jamais excéder 10 %.

2° Il ne faut pas badigeonner plus de quatre fois de suite, une attente de vingt à trente minutes est nécessaire.

3° Il ne faut pas opérer plus d'un côté du nez à la fois.

4° La solution de cocaïne est versée au compte-goutte sur le porte-coton.

5° Il faut ajouter une goutte d'adrénaline sur chaque porte-coton, la supraréine en effet prolonge l'anesthésie et la renforce en empêchant la résorption de la cocaïne.

6° Il faut agir avec grande prudence chez les enfants, les cardiaques, les tuberculeux, les vieillards, les femmes gravides.

Le traitement de l'intoxication est le suivant : cas légers, mettre le malade la tête basse et injecter de l'huile camphrée ; cas graves, employer la digitaline, le nitrite d'amyle ; pour Mayer Karl, 10 grammes d'une solution de chlorure de calcium au 1/10 injectée dans la veine serait le meilleur antidote.

*Alypine.* — On a préconisé de nombreux produits pour remplacer la cocaïne trop toxique, l'alypine serait bonne même pour l'anesthésie superficielle ; pour Blegvad, l'alypine n'aurait aucun avantage sur la cocaïne, ses inconvénients (anesthésie moindre), ne lui permettent pas encore de rivaliser avec la cocaïne.

*Novocaïne. Supraréine.* — La novocaïne étant toujours associée à la supraréine en injection, on peut se demander si l'intoxication est due à la première ou à la seconde.

La supraréine peut donner à elle seule de légers troubles, ils sont exceptionnels si l'on ne dépasse pas un milligramme dans une solution au 1/1000 ; ils se produisent surtout sur le malade en état de narcose ou si l'injection est faite directement dans un vaisseau.

La novocaïne est 8 fois moins toxique que la cocaïne, cependant des symptômes d'intoxication peuvent apparaître : pâleur de la face, vertiges, sueurs et collapsus cardiaque, plus ou moins intenses, avec dilatation pupillaire. Les accidents apparaissent surtout dans les anesthésies para-vertébrales, c'est-à-dire près de l'émergence vertébrale d'un nerf, mais on en a rencontré dans les amygdalectomies, dans les sinusites frontales, dans les gastrectomies. Ils peuvent tenir à trois circonstances : 1° l'injection directe dans un vaisseau sanguin ; 2° l'injection à des endroits où la résorption est forte et rapide ; 3° la possibilité de lésions des nerfs importants en faisant l'injection.

Aussi faut-il suivre les règles suivantes pour éviter les intoxications.

1° Employer des solutions de novocaïne aussi peu concentrées que possible, afin d'injecter le minimum de novocaïne. Pour l'anesthésie régionale la solution à 1/100 suffit, pour l'anesthésie par infiltration celle de 1/2 % est préférable.

L'emploi des petites seringues empêche la tentation d'injecter de trop grandes quantités.

Pour Blegvad la dose maxima à ne pas dépasser est 30 grammes d'une solution à 1/2 pour 200 ? aucune opération de spécialité ne nécessitant une quantité supérieure de liquide.

2° Eviter de faire l'injection directement dans un vaisseau sanguin, ceci est possible en prenant des aiguilles très fines et si, en séparant l'aiguille de la seringue quand elle est enfoncée, on vérifie qu'il ne sort pas de sang.

3° Ne jamais stériliser les seringues ou les aiguilles dans une solution de soude qui décompose la supraréine.

4° Faire les injections très prudemment, en surveillant l'apparition de petits signes d'intoxication.

À côté des accidents d'intoxication, on peut observer des accidents de nécrose, d'infection et de douleurs tardives.

La nécrose locale est tout à fait exceptionnelle, on y remédie en prenant des solutions isotoniques, l'adrénaline peut être déclarée responsable de cette variété d'accidents.

L'infection observée est sous la dépendance de la mauvaise asepsie des solutions employées, une bonne stérilisation est toujours difficile à obtenir. Blegvad conseille d'employer la solution suivante, stérilisée à l'autoclave :

Sulfate de potasse . . . . .	0 gr. 40
Phosphate de soude. . . . .	0 gr. 30
Chlorure de sodium. . . . .	0 gr. 30
Eau distillée . . . . .	100 cc.

dans laquelle on ajoutera au moment de l'emploi des tablette B. de Hoechst : une à deux par 100 centimètres cubes selon le taux désiré 1/2 ou 1 %.

Une ébullition de quelques minutes avec l'injection donne une stérilisation pratiquement suffisante. Il est nécessaire d'ajouter les sels précédents, afin d'obtenir une tension osmotique normale, une tension en hydrogène constante et voisine de celle du sang.

Malgré les inconvénients et les accidents signalés, en les comparant au danger de la narcose générale, on peut dire que la mortalité de l'anesthésie locale est inférieure à celle de l'anesthésie générale, elle reste une méthode de choix en oto-rhino-laryngologie ; en particulier cette méthode transforme le malade en un aide conscient, ce qui a une très grosse importance pour les interventions sur le nez, le larynx et les amygdales ; enfin elle permet d'opérer dans un milieu exsangue, d'où facilité et rapidité d'exécution pour l'opérateur.

L'anesthésie locale doit être la méthode normale des opérations de la spécialité, l'anesthésie générale n'est à employer que si le malade est indocile, surtout en cas d'intervention sur l'oreille, sauf chez le diabétique. Les praticiens doivent s'efforcer de faire rejeter par leurs patients l'anesthésie générale, même les enfants pour Nazi peuvent subir à l'anesthésie locale des interventions longues et délicates.

Blegvad termine en rappelant les différentes règles énoncées au cours de l'article, pour montrer quelle technique est la meilleure. Il conseille, une heure avant une opération sérieuse, d'injecter au malade 2 centigrammes de morphine sans scopolamine. A. AUBIN.

ROBERT PIERRET. — **Les cures arsénicales en Oto-Rhino-Laryngologie. Leurs indications et leur mode d'action**, in *Paris médical*, n° 16, 19 avril 1924, p. 361.

Les stations arsenicales spécialisées dans le traitement des maladies oto-rhino-laryngologiques, sont au nombre de deux ; l'une purement arsenicale, bicarbonatée, chlorurée et radioactive : la Bourboule, l'autre modérément arsenicale et moyennement sulfureuse, faiblement radioactive ; Saint-Honoré.



Les indications de ces stations se superposent à celles des stations sulfureuses, moins l'action initiatrice de ces dernières (sauf Allevard et Saint-Honoré) et qui peut d'ailleurs être évitée entre les mains d'un hydropathe avisé. La cure thermale s'adressant à des maladies locales et à un état général, ne s'adresse pas au catarrhe tubaire pharyngé, sinusien, amygdalien même, etc., mais bien au catarrhe respiratoire supérieur qui englobe tous les précédents.

Le catarrhe aigu, clair, muqueux de l'hydrorrhée nasale est souvent amélioré par une cure arsenicale alors qu'il peut être aggravé par les cures sulfureuses. L'indication prédominante est le traitement des infections chroniques catarrhales mucopurulentes du cavum et de ses diverticules, et des hypertrophies du cercle lymphoïde pharyngé; c'est ainsi que les adénoïdites purulentes même subaiguës sont très améliorées par la Bourboule. L'eau n'agit pas seulement comme simple lavage de la muqueuse, mais comme mode de traitement topique sur la muqueuse elle-même.

Les petites végétations adénoïdes, congestives, non justiciables d'un curetage, sont ainsi réduites par des cures arsenicales renouvelées. Toutefois le traitement hydrominéral n'exclut pas l'acte opératoire mais il en est la préparation ou le complément indispensable.

Ces cures s'adressent aussi aux syndromes rhinolaryngés spasmodiques, de la famille asthmatique et eczémateuse, en y ajoutant le psoriasis de la muqueuse nasale ou laryngée. L'auteur signale l'utilité de ces eaux comme adjuvant précieux aux cures bismuthiques ou mercurielles dont elles combattent l'effet cytolytique sanguin et l'anémie consécutive.

Les contre-indications se limitent aux états congestifs, surtout chez les tuberculeux et les prostatiques, aux insuffisants hépatiques ceci au point de vue général, et au point de vue local aux localisations bacillaires ou épithéliomateuses auxquelles la cure arsenicale donne souvent un coup de fouet fatal.

CUVILLIER

**G. LAURENS. — Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx**, 2<sup>e</sup> édition entièrement refondue avec 792 f. dans le texte. Masson éditeur, Paris 1924.

Bien que la laryngologie se soit appropriée dans ces dernières années toute la vaste région maxillo-faciale, l'auteur, fidèle au but qu'il s'est tracé autrefois expose seulement ici la chirurgie *des maladies de l'oreille, du nez et de ses cavités accessoires, du pharynx, du larynx et celle de l'œsophage*.

Le plan du traité a été ordonné selon le type suivant. Chaque opération est décrite avec *ses indications, sa technique et ses suites*, parfois même si le sujet l'exige quelques notions d'anatomie topographique.

L'auteur précise pour chaque cas ses indications, contre-indications et conditions défavorables.

La technique est l'objet des détails les plus minutieux, le spécialiste devant souvent recourir à la voie externe et agir en véritable chirurgien et les interventions portant soit sur les cavités osseuses, anfractueuses et profondes, soit sur des muqueuses sensibles et vasculaires.

Il faut réaliser la perfection, s'il est possible dans l'éclairage, l'anesthésie, et l'hémostase du champ opératoire. L'auteur décrit largement les modes d'anesthésie : *par badigeonnage, par infiltration et par voie tronculaire*; il multiplie les schémas et indique les manœuvres.

Il n'est pas de spécialité où l'acte opératoire n'entraîne comme corollaire des soins consécutifs aussi importants qu'en oto-laryngologie. L'auteur décrit les *incidents, accidents, suites normales ou atypiques, complications et résultat définitifs* des interventions pratiquées *sur le rocher, la face et le larynx*.

La partie iconographique de cet ouvrage a été largement développée. Beaucoup de schémas et de dessins la plupart originaux, aideront à la compréhension du texte indiquant une technique opératoire, une attitude des mains, une manœuvre d'instruments.

MOURE, LIÉBAULT et CANUYT. — **Technique chirurgicale Oto-Rhino-Laryngologique.** — DEUXIÈME FASCICULE. *Fosses nasales. Naso-pharynx. Cavités accessoires*, 1 vol. in-8° de 542 pages avec 324 figures dans le texte, Gaston Doin, éditeur Paris.

Ce deuxième fascicule de la technique chirurgicale O.-R.-L. s'occupe des affections chirurgicales des fosses nasales, du naso-pharynx et cavités accessoires.

Comme le premier volume qui traitait de *l'oreille et de ses annexes* il est rédigé dans un but essentiellement pratique, donnant à propos de chaque intervention les indications et les contre-indications, indiquant l'instrumentation indispensable, précisant le plus possible la technique à employer, développant autant qu'il est nécessaire les soins post-opératoires et utiles en chirurgie spéciale, et enfin montrant les incidents et complications qui peuvent survenir.

Ainsi que les auteurs l'ont indiqué dans la préface du premier fascicule, ils ne décrivent en général à propos d'une intervention *qu'un seul procédé*, celui qu'ils ont l'habitude d'employer, celui qu'on voit appliquer d'une façon courante à l'école de Bordeaux, et que l'enseignement du professeur Moure a précisé et mis au point depuis de nombreuses années.

L'iconographie a été particulièrement soignée, et les principales opérations sont schématisées sous une forme en quelque sorte cinématographique par de nombreux dessins et lavis exécutés par Dupret avec la précision dont il est coutumier.

En somme, ce deuxième fascicule de la technique chirurgicale oto-rhino-laryngologie ne cède en rien au premier, il le complète, et il trouvera sans nul doute auprès du spécialiste et du chirurgien un accueil aussi favorable.

AAGE PLUM. — **La radiographie du temporal dans les affections de l'oreille.** (*Bibliot. f. Lagr. Helt I. p. 79 1924*).

L'auteur a utilisé la méthode de Passon légèrement modifiée. La direction des rayons est occipito-temporale; le malade est assis, le front est appliqué contre la plaque, la tête légèrement inclinée en avant et tournée de 15° vers la droite quand on veut radiographier la mastoïde gauche. Une moitié de la plaque est cachée pour la prise

de la radiographie. La tête est ensuite tournée de 15° de l'autre côté, et la radiographie de l'autre mastoïde est prise sur cette moitié de plaque afin de pouvoir comparer les deux mastoïdes dans une position symétrique. (La disposition des cellules est la même dans les deux mastoïdes).

L'examen radiographique dans la position indiquée est susceptible de donner des renseignements utiles dans les mastoïdites, mais il ne donne pas d'indications sur la position du sinus, l'existence de cellules zygomatiques, temporales ou occipitales. Pour compléter l'examen il faut prendre un cliché avec une projection à angle droit de l'antre (pariéto-temporale, les rayons dirigés obliquement de la région pariétale vers la mastoïde).

R. LUND.

Fr. REINKING. — **L'érysipèle des voies respiratoires et de l'oreille.** *Annales de la Soc. Mexic. de Oftal. y Oto-Rhino-Lar.* t. IV, n° 2, p. 21.

Obs. I. — Femme de 32 ans, venue consulter pour mal de tête formidable, datant depuis quatre jours. Rien d'extraordinaire à l'extérieur de la tête ni à la gorge. Muqueuse nasale assez rouge, un peu gonflée, mais se rétracte très bien à la cocaïno-adréralisation. Le cornet moyen gauche un peu œdémateux; mais il n'y avait pas de pus nulle part. Ponction sinus maxillaire gauche négative; urine: pas d'albumine.

Le jour suivant la malade revient se plaignant du même mal de tête et maintenant aussi de la gorge. Nez un peu bouché, mais rien d'extraordinaire. Pharynx un peu irrité; léger œdème autour de l'amygdale gauche. Température 37° 6.

La divergence entre les symptômes objectifs et la douleur, fit songer à l'érysipèle des muqueuses.

Deux jours après, 38° 6. L'oreille droite (pavillon) était très gonflée ainsi que la joue, devant l'oreille, délimitant très bien la partie saine. Dans le conduit pas de pus. Audition normale et la localisation de la douleur était plus à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'oreille. Légère infection tympanique, mais le marteau se voyait très bien.

Le diagnostic d'érysipèle était confirmé.

Obs. II. — Confrère malade depuis deux jours. Après une opération septique, tombé malade avec frissons qui durent deux heures et d'une intensité violente. Les deux parotides sont énormément gonflées, le nez bouché; douleurs à la gorge et à la tête. Température: 38° 3.

Muqueuse nasale avec catarrhe chronique, gonflée. Pas de suppuration nasale. Sinus normaux. Muqueuse pharyngo-laryngienne avec léger catarrhe chronique.

Le jour suivant augmentation des douleurs de la gorge, empêchant le malade d'avaler. Température: 38° 2.

Inspection gorge et larynx rien d'extraordinaire. Le jour suivant la dysphagie était absolue. Les liquides provoquent des accès de toux qui font refluer par la bouche et le nez. Pas d'œdème à l'entrée du larynx. Température: 38° 4.

Deux jours après l'oreille droite était très gonflée et rouge, confirmant le diagnostic d'érysipèle.

Amélioration dans la gorge. Le jour suivant la dysphagie disparaissait, mais l'érysipèle s'étendait sur toute la figure avec un aspect malin, en produisant des vésicules. La température oscillait entre 39° et 40°5. Après dix-sept jours de maladie assez grave, le malade a guéri. Dans les deux cas il s'agissait d'un érysipèle qui au début avait attaqué les voies respiratoires, passant ensuite par la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne, le pavillon et la figure.

L'érysipèle des muqueuses est assez rare.

Ce qu'il y a de commun dans les deux cas, c'est l'insignifiance des altérations muqueuses, visibles. Dans le premier cas un œdème très léger dans le nez et le pharynx et altérations très petites de catarrhe chronique.

Rien de tout cela dans le deuxième. Il n'y a pas de doute que la dysphagie dans ce cas-là était en rapport avec des manifestations pathologiques de la partie inférieure du pharynx. Mais, malgré la susceptibilité à l'œdème de la partie supérieure du larynx, la muqueuse ne semblait pas œdémateuse. A la suite de cela, quelques auteurs parlent d'érysipèles latents. Semenow et Blümenfeld racontent l'histoire d'un enfant, malade avec fièvre, douleurs violentes dans les deuxième et troisième branches du trijumeau, sans rien trouver du tout. Au cinquième jour se manifesta un érysipèle du côté du nez.

Ce qui est le plus intéressant dans les deux cas c'est que l'érysipèle venant des voies respiratoires gagna la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne, le conduit auditif externe et la figure, sans produire de lésions de l'oreille moyenne, presque pas de douleurs et presque pas de surdité. Apparemment le gonflement de la muqueuse de la caisse était insignifiant, comme celui du nez et la gorge, insignifiante aussi la sécrétion de la caisse, comme celle du nez. Par contre la réaction du côté de la peau était très forte dans le deuxième cas, donnant lieu à la formation de vésicules.

BERNAL.

O.-F. KEIFFER. — **La diphtérie primitive de l'oreille moyenne.**  
*The Laryngoscope*, t. XXXIV, juin 1924, n° 6, p. 426.

A l'occasion d'un cas observé par lui et minutieusement décrit, Keiffer rapporte brièvement quelques observations de la littérature. Pour lui, l'affection est rare, mais elle le serait sans doute moins, si toutes les otorrhées étaient examinées microscopiquement. En effet seul cet examen peut amener à un diagnostic positif; il faut aussi avoir soin de faire les examens nécessaires pour éliminer les bacilles pseudo-diphtériques (inoculations au cobaye).

Le sérum à hautes doses est toujours indiqué et pour un enfant d'âge moyen, on ne doit pas utiliser moins de 30.000 unités en douze heures. Cela seul fera tomber, et rapidement, la température et l'écoulement.

On n'a pas encore résolu la question de savoir comment l'oreille moyenne peut être envahie sans manifestations pharyngée ou nasale.



N.-RH. BLEGVAD. — **La paracentèse dans l'otite catarrhale exsudative.** *Bibliotek f. Lager.*, Fasc. 1., p. 1, 1924.

L'auteur rappelle que la plupart des otologistes actuels conseillent de pratiquer la paracentèse dans l'otite catarrhale exsudative chaque fois que des insufflations d'air dans la trompe n'ont pas amené la guérison dans un certain laps de temps.

BLEGVAD a pratiqué 56 fois la paracentèse chez des sujets atteints d'otite catarrhale. Cette opération serait d'après lui presque indolore, à la condition de ne pas blesser la paroi labyrinthique, ce qu'on évite aisément en insufflant au préalable un peu d'air dans la caisse par cathétérisme de la trompe.

Dans 43 cas la guérison est survenue après une seule paracentèse dans un délai moyen de huit jours ; dans 11 autres cas, la paracentèse a dû être renouvelée.

Sur 11 malades qui avaient une otite bilatérale la paracentèse ne fut effectuée que d'un seul côté : 4 d'entre eux virent le côté opéré guérir plus rapidement.

Enfin 4 sujets traités depuis longtemps sans succès ont guéri rapidement après une paracentèse suivies de douches d'air. 13 malades eurent un écoulement d'oreilles après la paracentèse, et chez 2 d'entre eux, cet écoulement devint purulent, l'un d'eux même fut atteint de mastoïdite et opéré.

BLEGVAD croit qu'en pareil cas l'infection de la caisse n'est pas venue du conduit auditif, mais du rhino-pharynx : les insufflations d'air par cathétérisme après la paracentèse ont inoculé l'oreille moyenne par des éléments bactériens provenant du pharynx, et c'est pourquoi celui-ci doit être au préalable très soigneusement désinfecté.

L'auteur conclut que la paracentèse diminue la durée de l'otite catarrhale, mais qu'elle est dangereuse. Il la conseille : 1° quand il n'y a aucune amélioration après huit jours de traitement ; 2° quand la trompe est imperméable et que les cathétérismes répétés n'amènent aucune amélioration de l'audition ni des troubles subjectifs ; 3° quand le patient ne dispose que de peu de temps pour se soigner.

Robert LUND.

O. WOLFE. — **Prophylaxie de la mastoïdite par le traitement systématique de l'otite aiguë.** *Annals of Otol.*, t. XXXIII, juin 1924, n° 2, p. 515.

C'est avec raison que Wolfe revient sur ce point, classique, mais trop souvent oublié, de la thérapeutique auriculaire. Donc pour diminuer les chances de mastoïdite, au cours d'une otite aiguë, il faudra traiter soigneusement l'état général ; surveiller et soigner l'oreille à intervalles réguliers ; porter une attention spéciale au nez et à la gorge, plus même qu'à l'oreille. Et plus tôt ce traitement systématique et cette observation régulière seront institués, plus petites seront les chances d'une intervention sur la mastoïde.

L. NATANSON. — **Les mastoïdites récidivantes et leur traitement par les injections de vaseline jaune stérilisée.** De la clinique des maladies des oreilles, du larynx et du nez, de la 2<sup>e</sup> Université de Moscou. *Journal des maladies des oreilles, du nez et du larynx* (russe), 1924, n<sup>os</sup> 5, 6.

Se basant sur les travaux du chirurgien américain Beck (pâte de vaseline au bismuth), de Rost, des chirurgiens russes Dombrovsky, Pogoretrky, Malreyeff, Goubareff, du laryngologiste Comendantoff, l'auteur préconise l'application des injections de la vaseline américaine jaune stérilisée aux cas de mastoïdites récidivantes c'est-à-dire mastoïdites parfois réitérées survenant un assez grand laps de temps après opération et guérison de la cavité mastoïdienne. Ces lésions surgissent comme suite d'une nouvelle inflammation de l'oreille moyenne et aboutissent très vite à la suppuration sous la vieille cicatrice. Les expériences de Rost ont démontré que l'injection de la vaseline, surtout américaine, dans la moelle osseuse des lapins provoque vite un développement abondant du tissu conjonctif ; l'huile de vaseline donne une réaction moins forte ; l'axonge et la lanoline n'agissent pas du tout.

L'auteur cite 8 observations de sa pratique et un cas de L. Sverjeyewsay. Parmi ces 9 cas il y avait 7 otites aiguës et 2 otites chroniques. Pour les otites aiguës dans 5 cas la guérison a été atteinte dans 1 à 4 jours après l'injection de la vaseline, dans 2 cas la guérison arriva beaucoup plus tard (1 mois et même plus), l'auteur explique l'insuccès de ces 2 cas, par l'application simultanée de tamponnements. Pour les otites chroniques l'opération radicale est indispensable et les injections de la vaseline ne peuvent que contribuer à la diminution de la suppuration et à la fermeture de la fistule.

Pour expliquer l'action curative parfois frappante des injections de vaseline sur le processus de la cicatrisation l'auteur essaye de poser une hypothèse, un peu vague d'ailleurs : la vaseline en remplissant totalement la cavité écarte l'action nocive des microbes aérobies et provoque le développement abondant du tissu conjonctif ; ce tissu conjonctif peut se transformer plus tard en partie en tissu osseux.

Technique des injections : on injecte 5,0 à 8,0 de la vaseline jaune américaine stérilisée à l'aide d'une seringue de 10 cmc. munie d'une aiguille assez large mais mousse en l'introduisant par la fistule jusqu'à l'antré ; par-dessus un pansement sec. Les injections peuvent être commencées seulement à condition que l'écoulement de l'oreille moyenne a cessé et l'hyperémie du tympan a diminué.

Les conclusions de l'auteur sont :

1<sup>o</sup> Les mastoïdites récidivantes se rencontrent pour la plupart chez les enfants dans un laps de quelques mois jusqu'à cinq ans après trépanation ; elles peuvent se répéter plusieurs fois.

2<sup>o</sup> La possibilité de leur apparition peut être expliquée par les conditions anatomiques de la consolidation de l'os après trépanation.

3<sup>o</sup> Pour prévenir les récidives il est nécessaire d'enlever chez les malades ayant subi la trépanation, tous les défauts et lésions du nez et du nasopharynx prédisposant aux inflammations récidivantes de l'oreille moyenne.

4° Les injections de la vaseline jaune stérilisée peuvent guérir assez vite le processus et, probablement, rendront inutiles les secondes opérations.

A. BÉLIAEFF.

Pr. MOURET (de Montpellier). — **Périmastoïdites exocranien-**  
**nes.** *Annales des maladies de l'oreille*, du n° 12, 1923, page 1.174,  
t. XLII.

L'infection otique atteint la mastoïde à des degrés divers : 1° elle envahit la muqueuse des cavités pneumatiques (endo-mastoïdites) ; 2° elle progresse en suivant les voies préformées où passent les vaisseaux et les nerfs, pour gagner les tissus extra-mastoïdiens (conjonctivo-phlegmon transosseux) ; 3° le tissu osseux est atteint par le processus infectieux (ostéophlegmon mastoïdien).

C'est par l'une ou l'autre de ces voies de transmission que les tissus périmastoïdiens sont infectés à leur tour, il se forme un abcès auquel Mouret donne le nom de conjonctivo-lympho-phlegmon périmastoïdien, s'il est pur ; si au contraire il est associé à des lésions mastoïdiennes osseuses, il est appelé ostéo-conjonctivo-lympho-phlegmon.

*Conjonctivo-lympho-phlegmon pur.* — L'infection produit d'abord des modifications circulatoires qui favorisent la diapédèse et la filtration des éléments de protection, puis le tissu conjonctif s'œdématie, les fibres musculaires se gonflent et perdent leur contracture et les gaines nerveuses s'infiltrant. Les lymphatiques sont intéressés de la même façon et les ganglions s'hypertrophient. Ainsi se forme un phlegmon périmastoïdien qui, cliniquement, se caractérise par les quatre signes habituels : tumeur, rougeur, chaleur, douleur. L'évolution se fait soit vers la résorption, soit vers la suppuration, celle-ci commençant et prédominant au niveau des points de passage des éléments infectieux ; elle gagne les téguments si aucun plan résistant ne l'en empêche, au contraire elle suit les gaines tendineuses, les aponévroses, les muscles, si elle les trouve sur son passage ; cette particularité explique les propagations à distance, en particulier celle au niveau du muscle temporal. Enfin la suppuration peut prédominer au niveau des ganglions (adénophlegmon).

Le pus est en général épais et bien lié, sauf en cas d'infection hyperseptique où il devient séreux.

Le mode de formation de la périmastoïdite par le conjonctivo-phlegmon transosseux permet de comprendre pourquoi l'incision de Wilde peut guérir parfois ces suppurations périmastoïdiennes : quand il existe seulement une infection transmise par les voies préformées, l'incision est suffisante si la virulence de l'infection mastoïdienne s'éteint, tous les symptômes de la mastoïdite disparaissent à leur tour. Au contraire si l'infection mastoïdienne suit son cours, le conjonctivo-phlegmon-transosseux continue à déverser au dehors les germes infectieux, l'ouverture de la collection sous-cutanée est insuffisante, la trépanation mastoïdienne devient nécessaire.

*Ostéo-conjonctivo-lympho-phlegmon-périmastoïdien.* — Si aux lésions conjonctivo-muqueuses s'ajoutent des lésions osseuses (ostéo-

phlegmon intramastoïdien) on rencontre, au point de vue profondeur des lésions, les 3 cas suivants :

a) L'ostéite est centrale et la corticale saine ; la pérिमastoïdite ne peut s'étendre que si l'on supprime le foyer osseux profond par une intervention chirurgicale.

b) La corticale est seule atteinte. La pérिमastoïdite est entretenue par l'apport incessant des germes déversés par la corticale malade, seule la disparition du foyer osseux peut faire cesser le phlegmon superficiel.

c) Les lésions sont superficielles et profondes. L'abcès superficiel est formé par le mélange de deux pus, l'un mastoïdien, l'autre pérिमastoïdien, c'est ainsi qu'est habituellement constitué le pus de la mastoïdite de Bézold ; le pus mastoïdien est bien déversé par une fistule de la corticale dans une collection qui a une origine purement cervicale. La guérison ne peut être obtenue que par une ouverture large du phlegmon superficiel et un évidement profond de l'os lésé.

Pour beaucoup d'auteurs l'extériorisation du pus d'un ostéo-phlegmon mastoïdien peut se faire au niveau des insertions d'un muscle et en suivant les fibres pénétrer à l'intérieur du muscle. Pour Mouroret ce processus est impossible, les tendons et les insertions musculaires forment au contraire une barrière infranchissable, ainsi à la face externe de l'apex, les fibres du sterno-mastoïdien forment une cuirasse que rien ne peut rompre ; au contraire à la face interne, il n'existe aucun obstacle, les fusées purulentes sont fréquentes mais toujours sous-musculaires. De même dans la mastoïdite du triangle digastrique, le digastrique forme toujours un bouchon contre la fistule osseuse, le pus des abcès cervicaux est toujours d'origine cervicale, le pus mastoïdien restant indépendant, séparé par la sangle musculaire du ventre postérieur du digastrique.

*Formes cliniques des phlegmons pérिमastoïdiens.* — Il existe deux formes principales, le phlegmon œdémateux, le phlegmon ligneux.

1° Le phlegmon œdémateux est circonscrit ou diffus d'emblée.

a) Circonscrit il peut être suppuré ou non suppuré à évolution lente ou à évolution rapide.

b) Diffus et envahissant d'emblée il n'a aucune tendance à donner une suppuration franche et collectée ; l'infection envahit des régions éloignées de la mastoïde, le pus est séreux, louche et s'infiltre le long des plans anatomiques juxtaposés ; les signes généraux dans cette forme sont toujours extrêmement graves.

2° Le phlegmon ligneux est caractérisé par un gonflement dur sur lequel le doigt ne laisse aucune empreinte ; son évolution est très lente ; il forme un véritable rempart mastoïdien, constitué de tissu lardacé, véritable tissu œdémateux, à demi congelé ; il résiste longtemps aux agents infectieux ; la suppuration si elle s'établit n'apparaît que lentement et en certains endroits.

Le traitement de ces différentes variétés de phlegmons consiste en une ouverture chirurgicale large, mais la guérison ne sera obtenue définitivement que si le foyer profond s'éteint, soit spontanément, soit après intervention.

A. AUBIN.



ROBERT LUND. — **Considérations sur l'opération radicale conservatoire avec des indications sur la dernière méthode de Barany.** *Bibliothek f. Lager.*, Fasc. 1, p. 31, 1924.

L'auteur apporte les résultats définitifs de 18 cas d'otite moyenne suppurée chronique opérés suivant la technique de Barany avec conservation du conduit auditif osseux, et suivis depuis un an.

Dans 13 cas, guérison complète, tympan cicatrisé; dans 5 cas, la suppuration n'a pas cessé, et parmi ceux-ci deux fois ces indications n'avaient pas été observées. (Indications : 1° Suppurations de l'attique; 2° l'isthme antrale, c'est-à-dire du quadrant postéro-supérieur. Le cholestéatome n'est pas une contre-indication).

Parmi ces 18 cas on note deux fois une diminution de l'audition après l'opération, quatre fois aucune modification, et douze fois une amélioration, très sensible chez 5 de ces malades. *L'auteur.*

K. THRANE. — **L'abcès épidural et périsinusien d'origine otitique.** *Bibliot. für Lager.* Fasc. 1, p. 100, 1924.

La statistique de l'auteur porte sur 1.841 cas de mastoïdectomie effectués à l'hôpital de Copenhague. Il a relevé 170 cas (9 %) d'abcès épidural ou périsinusien. Alors que l'abcès sous-périosté de la région mastoïdienne est excessivement fréquent chez l'enfant l'abcès périsinusien ou épidural se rencontre avec une fréquence identique chez l'adulte. Ceci s'explique du fait que la mastoïde des enfants n'est pas encore pneumatisée; ultérieurement l'apparition de nombreuses cellules et la plus grande consistance de la corticale externe augmentent la fréquence des abcès épiduraux (périsinusiens) et diminuent celle des abcès sous-périostés.

Cette complication s'observait dans 12 % des otites chroniques et 7 % des otites aiguës. Dans la majorité des cas il s'agissait de pneumocoques plus rarement de colibacilles.

Souvent la mastoïde était fortement pneumatisée avec de grosses cellules en avant et en arrière du sinus et plus souvent encore, la structure de la mastoïde était mixte, constituée par de l'os dur à sa surface avec quelques traînées cellulaires au voisinage de la pointe ou dans l'angle entre le sinus et la dure-mère. Dans 14 cas, le liquide céphalo-rachidien a été examiné et huit fois il n'était pas normal.

Le symptôme le plus fréquent était la céphalée. Presque toujours on a observé des troubles de l'état général. La fièvre est rare. On peut admettre qu'une otite moyenne évoluant sans température, s'accompagnant d'un ou de plusieurs symptômes de complications intracranienues doit être soupçonnée de se compliquer d'un abcès épidural (périsinusien) ou d'un abcès du cerveau ou d'un abcès sous-dural. Dans 2 cas on a vu souvent de la pyémie sans thrombose sinusienne compliquer un abcès périsinusien. Le pouls n'est pas ralenti. Deux fois on a observé de la névrite optique. L'aphasie ne se rencontre pas. L'aphasie et le ralentissement du pouls doivent faire passer à une complication endo-cranienne plus grave.

R. LUND.

WELLS P. EAGLETON. — **Pathologie chirurgicale et technique opératoire.** Masson et C<sup>ie</sup>, Editeurs, 1924.

Dans cet ouvrage l'auteur rapporte son expérience personnelle tirée de 50 cas d'abcès de cerveau.

Dès le début il insiste sur la nécessité d'un examen neurologique complet, au cours des affections nasales et auriculaires, dès l'apparition des symptômes frustes ou légers au lieu d'attendre l'apparition des symptômes cérébraux, et sur la nécessité d'une intervention précoce.

Il rappelle dans la première partie les principes de technique chirurgicale nerveuse générale déjà décrite par Custing et chez nous par de Martel (procédé d'hémostase cranienne, large volet ostéoplastique. Ponction ventriculaire, obligation de manœuvres douces sur la substance cérébrale).

Puis il donne une classification très générale des abcès du cerveau, du point de vue étiologique et pathogénique.

I. *Abcès chronique adjacent* (secondaire), (temporo-sphénoïdal, frontal ou cérébelleux) avec coque. — Cet abcès est secondaire à un foyer de suppuration extradural, mastoïde ou sinus, et son développement lent a permis la formation d'une coque.

II. *Abcès aigu adjacent* (secondaire) sans membrane limitante.

III. *Abcès intercurrent* (tertiaire). — Le plus souvent consécutif à une thrombose du sinus ou une ostéomyélite progressive.

IV. *Abcès métastatique.* — a) *Abcès chronique sans coque* ; b) *Abcès chronique avec coque* ; c) *Abcès aigu.*

*Abcès traumatique.*

Il y ajoute une classification chirurgicale suivant le siège et les rapports avec le cerveau et les méninges :

a) *Abcès intracérébral sans envahissement cortical* ;

b) *Abcès intracérébral avec pédoncule cortical.*

c) *Méningé* (intra-pie-arachnoïdien ou sous-dural).

Et, à propos de ces chapitres il insiste sur l'obligation d'utiliser les processus de réaction protectrice du cerveau, sous peine de compliquer la lésion en abcès traumatique mortel.

Puis il étudie les différents abcès suivant leur siège topographique. Tout d'abord les abcès de la fosse moyenne, secondaires à une infection otique et siégeant au-dessus du toit de l'antre ou de la caisse dans l'arachnoïde ou le lobe temporo-sphénoïdal. Le plus fréquent est l'abcès sans pédoncule, quant à l'abcès avec pédoncule il est toujours situé dans la deuxième circonvolution temporo-sphénoïdale au-dessus du toit de l'antre. Pour l'aborder, Eagleton rejette l'intervention pas à pas en suivant les lésions, mais conseille un large volet ostéoplastique trapézoïdal dont l'incision inférieure longue de 10 à 12 centimètres commence à 3 centimètres en avant et 2 centimètres et demi au-dessus du conduit auditif externe. Il préconise une large incision dure-mérienne pour diminuer le danger de hernie cérébrale, et, au besoin de faire la ponction de ventricule du côté opposé.

Au point de vue anatomopathologique les processus sont les mêmes dans le cerveau que dans les autres parties de l'organisme. Micros-

copieusement un abcès chronique avec coque est composé de : 1° une cavité remplie de détritux et de pus ; 2° une membrane limitante. Cet abcès devra être évacué le plus près possible de la dure-mère et on devra utiliser les adhérences protectrices. Le but de l'intervention sera l'éradication d'abord, ensuite le drainage. La constitution anatomo-physiologique du cerveau, la formation d'une coque, la profondeur de l'abcès, rendent souvent son évacuation complète difficile. Celle-ci se manifeste par la disparition des symptômes, la suppression de tout écoulement. En présence par contre d'un abcès chronique avec coque on est souvent obligé de recourir au drainage. A ce propos il rappelle qu'une fois que la sonde exploratrice a pénétré dans l'abcès, elle ne doit plus quitter sa cavité. Pansement à la mèche en caoutchouc ou en drain caoutchouc. Oblitération de la dure-mère par un fragment de fascia lata.

L'abcès aigu est constitué anatomo-pathologiquement par une zone centrale de tissu nécrosé, et une zone périphérique d'œdème avec thrombose et hémorragie. On le traitera par l'évacuation complète ou la ponction avec drainage.

Pour ce qui est des abcès métastatiques, Eagleton estime que la simple bacilhémie ne suffit pas et qu'il faut qu'il s'y ajoute de petites embolies microbiennes parties d'une thrombose pariétale. Ils sont surtout d'origine auriculaire ou pulmonaire et siègent surtout à gauche.

L'abcès cérébelleux est consécutif à une suppuration chronique, mais est souvent favorisé par le traumatisme. Il distingue au point de vue opératoire deux grands types d'abcès cérébelleux : 1° Ceux situés près ou sur la face antérieure du cervelet ; 2° Ceux situés dans les deux tiers postérieurs. Les voies d'infection les plus fréquentes sont le labyrinthe et le sinus latéral. On peut intervenir soit par découverte d'un ou deux lobes cérébelleux et drainage derrière le sinus latéral ; soit par incision et drainage en avant du sinus (procédé plein de difficulté) ; par voie translabyrinthique enfin par découverte du sinus latéral, oblitération de sa lumière et incision à travers ses parois.

Eagleton étudie ensuite l'abcès du lobe frontal. Il rappelle que la constitution de la muqueuse nasale et sinusienne empêche l'infection adjacente et que les abcès d'origine nasale sont rares. La grande cause est la propagation de proche en proche d'une ostéite de voisinage, jointe à une thrombose de veines de la muqueuse. Le diagnostic en est difficile car le lobe frontal est la « zone silencieuse » du cerveau, que son espace limité n'admet que de petits abcès, les gros aboutissant rapidement à la mort par irruption dans le ventricule latéral. Aussi l'intervention doit-elle souvent être exploratrice en zone aseptique, à grand volet.

Puis il passe à une complication de traitement des abcès du cerveau : la hernie cérébrale. Celle-ci est surtout fonction du drainage, mais elle peut se produire par augmentation de pression du tissu cérébral, par hydropisie ventriculaire, par étranglement du tissu cérébral. Le traitement préventif consiste surtout à oblitérer le mieux possible la dure-mère, au besoin par un morceau de fascia lata, à éviter au cours de l'intervention et des pansements toute cause d'irritation. Enfin dans la dernière partie il étudie les signes qui permet-

tent de poser le diagnostic d'abcès cérébral ; s'il pense qu'il faut distinguer d'une part les signes de suppuration cérébrale, et d'autre part les signes de localisation et de compression cérébrale. La dernière partie comporte l'étude des signes de localisation frontale, temporo-sphénoïdale et particulièrement cérébelleuse où il s'attache au diagnostic entre les affections cérébelleuses et labyrinthique.

Trente-quatre observations personnelles, accompagnées de protocoles opératoires ou nécropsiques, suivies d'un commentaire, viennent illustrer les chapitres et défendre les points de vue de l'auteur.

E.-P. GRANE.

**K. GRAHE. — Troubles auditifs et vestibulaires dans les néphrites. *Zeit. f. Ohr.*, 1924.**

Voici les conclusions de ce consciencieux et long travail de bon élève, travail basé sur 34 observations cliniques, et 13 examens anatomo-pathologiques de rochers :

Les troubles auditifs existent dans 82 % des cas, mais ont presque toujours besoin d'être recherchés, car ils sont relativement légers. La surdité pour la parole est en général, mais non toujours, liée à l'œdème. Elle est d'origine antrale. La nature de la néphrite est sans aucune influence de même que l'état pathologique antérieur de l'oreille.

Il en est de même des troubles vestibulaires : 56 %. Eux aussi ne sont le plus souvent décelés que par les épreuves. On y rencontre l'hypo, l'hyperexcitabilité, la dissociation ou non des résultats des épreuves rotatoire et calorique ; aucune règle ne peut aussi y présider. Ils peuvent être permanents ou varier d'un examen à l'autre. Il s'agit donc là aussi de troubles centraux pouvant varier d'un jour à l'autre.

Les examens histologiques confirment l'origine centrale des troubles : pas de dégénération des cellules sensorielles, ni des ganglions, ni des nerfs. Souvent on a trouvé des hémorragies dans la mastoïde, la caisse, le conduit auditif interne où elles peuvent comprimer les filets nerveux.

**DAN M'KENZIE. — Nystagmus pendant une attaque de maladie de Ménière. *Journ. of Laryng. ant otol.*, vol. XXXIX, 6 juin 1924, p. 322.**

L'auteur a eu l'occasion d'observer le nystagmus pendant une attaque de Ménière chez une femme de 53 ans dont l'oreille gauche était sourde depuis trente ans à la suite d'une suppuration, et l'oreille droite était devenue subitement sourde après un accès de vertige avec des bourdonnements intolérables. Le nystagmus spontané battait vers la droite, la tête étant légèrement déviée et cette déviation accentuant le vertige. Cette constatation semblant être en parfait accord avec le raisonnement logique donnant au nystagmus la direction du côté lésé, fut renversée par une deuxième faite chez un oculiste qui était atteint de vertiges de Ménière et s'était vivement intéressé aux mouvements de ses globes oculaires. Il avait remarqué que pendant les accès le nystagmus était dirigé tantôt vers l'oreille malade, mais le plus souvent vers l'oreille saine.



Il ne semble donc pas possible d'établir une loi sur les mouvements nystagmiques des globes oculaires dans les attaques de vertige de Ménière.

QUIRIN.

BARBAZAN. — **A propos du traitement du vertige par l'adrénaline.** *Revue de laryng., d'otol., et de rhinol.*, n° 7, p. 291, 1923.

Barbazan en s'appuyant sur deux observations, montre quel intérêt il y a à traiter certaines crises vertigineuses par l'adrénaline, cette thérapeutique doit concerner strictement les cas avec troubles vasomoteurs d'origine sympathique.

La première observation concerne une femme atteinte de syndrome de Ménière (surdité, vertiges, bourdonnements). La deuxième concerne un homme qui présentait un syndrome pseudo méniérique avec surdité très atténuée.

De ces deux exemples on peut déduire que la voie gastrique n'est pas défavorable à la bonne action de l'adrénaline, mais il est nécessaire qu'elle soit administrée à longue distance des repas sans association médicamenteuse, et à doses variant de XX à XXX gouttes deux fois par jour.

A. AUBIN.

G. ZIMMERMANN. — **Contribution à l'étude des tumeurs de l'angle pontocérébelleux en général et des tumeurs du nerf auditif en particulier.** *Journal des maladies des oreilles, du nez et du larynx*, 1924, nos 5-6 (Russe).

L'auteur démontre l'importance d'un diagnostic exact et précoce entre les tumeurs pontocérébelleuses et les tumeurs isolées du nerf auditif. Ce diagnostic a d'autant plus de valeur qu'il définit non seulement le pronostic qui est plus favorable en cas de tumeurs isolées du nerf auditif qui peuvent être enlevées totalement, mais aussi le procédé de l'intervention chirurgicale. La plupart des chirurgiens appliquent, selon l'opinion de l'auteur, le procédé paracérébelleux de Krause qui étant très dangereux (80 % de mortalité) ne doit être appliqué qu'aux cas où on est convaincu que la tumeur n'est pas issue de l'os pétreux.

Conformément aux travaux de Henschen l'auteur cite la classification des tumeurs de l'angle pontocérébelleux : a) anévrysmes des artères basilaire et postéro-inférieure cérébelleuse, b) hématome de la dure-mère, c) tumeurs parasitaires (*cystercus cellulosae*), d) granulations infectieuses : tuberculomes et syphilomes, e) abcès d'origine otitique et f) les tumeurs dans le propre sens du mot. Ce dernier groupe le plus important peut être divisé, comme l'a fait Henschen, selon les tissus d'où les tumeurs ont pris naissance, en plusieurs catégories ; tumeurs provenant : 1° de différentes parties de l'os pétreux (ostéome, fibrosarcome et endothéliome) ; 2° de la dure-mère de la surface postérieure de la pyramide (sarcome psammeux endothélial et myxofibrome) ; 3° de membranes molles du cerveau (fibrome, fibrosarcome, cholestéatome), 4° de différentes parties du cerveau (cas rares), 5° d'un nerf, principalement du nerf auditif. En ce qui concerne l'existence des neuromes isolés d'autres nerfs craniens (le triju-

meau, vague), la question n'est pas encore résolue (Henschen); la neurofibromatose centrale, qui comprend une tumeur prenant origine de plusieurs nerfs simultanément, n'entre pas dans cette catégorie.

Ce sont les tumeurs isolées du nerf auditif qui intéressent surtout l'auteur au point de vue otologique.

Ayant donné quelques brèves indications sur la structure anatomo-pathologique de ces tumeurs qui sont pour la plupart bénignes : fibromes, neurofibromes, l'auteur passe à la description des symptômes cliniques et à la possibilité de porter le diagnostic différentiel entre une tumeur de l'angle pontocérébelleux en général et une tumeur du nerf auditif en particulier. Ce diagnostic doit être fait le plus tôt possible, puisque plus tard avec le développement progressif de la tumeur quand le syndrome pontocérébelleux ordinaire (triade d'Oppenheim) : paralysie faciale, bourdonnement et hypoacousie, névralgie du nerf trijumeau, est complété par les symptômes de l'hypertension endo-cranienne : céphalée intense, lésions plus prononcées des nerfs craniens, anosmie, stase papillaire, paraesthésie du nerf trijumeau (aréflexie cornéenne), paralysie du moteur oculaire, troubles de l'équilibre etc., le diagnostic entre la tumeur pontocérébelleuse en général et celle du nerf auditif devient presque impossible.

Dans les cas de tumeurs du nerf auditif on observe par rapport à l'appareil cochléaire : du côté malade l'hypoacousie jusqu'à cophose homolatérale, Weber latéralisé du côté sain, Schwabach fortement raccourci, Rinne négatif du côté malade, positif du côté sain, l'acoumétrie à l'aide de diapason : du côté malade l'audition aérienne complètement abolie auparavant pour les sons graves (C, c, c'), plus tard de même pour les sons aigus; du côté sain l'acuité auditive diminue aussi avec la même succession, mais n'arrive jamais à la perte absolue. Par rapport à l'appareil vestibulaire on a dès le commencement l'irréflectivité absolue du nerf vestibulaire homolatéral (absence des réflexes frigorisique et rotatoire); parfois on observe l'hyperesthésie du nerf vestibulaire contralatéral; le caractère du nystagmus tantôt lent, tantôt rapide. L'auteur explique cet événement par l'abolition, grâce à la pression endo-cranienne, de la fonction des fibrilles d'arrêt entre le cervelet et le noyau de Deiters (Ruttin, Leidler). En cas de tumeurs pontocérébelleuses mêmes très avancées la réflectivité du côté lésé, quoique plus ou moins diminuée, est tout de même conservée; l'hyperaesthésie du côté sain existe comme dans les cas de tumeurs isolées du nerf auditif. Presque constamment on observe le nystagmus spontané plus intense du côté malade.

Quant aux symptômes de vertige, de troubles de l'équilibre, de la déviation de l'index, de l'influence de l'orientation de la tête sur le sens de la chute, la statistique de la clinique d'Eiselsberg a donné pour les tumeurs du nerf auditif les chiffres suivants : le vertige 30 %, le trouble de l'équilibre 75 %, le sens de la chute constamment du côté lésé; l'orientation de la tête ne modifie pas le sens de la chute; déviation spontané de l'index 30 %. Or, selon l'avis de l'auteur, les tumeurs du nerf auditif sont caractérisées par la perte plus ou moins complète de la fonction des nerfs cochléaire et vestibulaire et une lésion simultanée peu prononcée des nerfs craniens voisins; naturellement les symptômes généraux de la présence d'une

tumeur intra-cranienne doivent de même avoir lieu. La roentgenographie de l'os temporal peut aussi être très utile en démontrant souvent, en cas des tumeurs, la dilatation du méat auditif.

En ce qui concerne l'intervention chirurgicale l'auteur mentionne seulement le procédé paracérébelleux de F. Krause et le procédé translabyrinthique de Panse et Barany. L'auteur exprime son opinion que le procédé translabyrinthique qui représente un développement ultérieur de la trépanation du labyrinthe doit comme moins dangereux, être préféré au procédé de Krause. Il est à regretter que l'auteur ne fasse aucune mention du procédé français de Durand et Lannois qui est au contraire relativement facile et pratique et donne des résultats remarquables.

L'auteur cite deux cas de tumeurs pontocérébelleuses et un cas de tumeur du 4<sup>e</sup> ventricule opérés par différents chirurgiens par le procédé de Krause ; tous les malades ont décédé.

*Conclusions de l'auteur.* — 1<sup>o</sup> Dans chaque lésion de l'oreille interne non suppurée accompagnée de symptômes vestibulaires on doit avoir en vue les symptômes qu'on observe en cas des tumeurs pontocérébelleuses et du nerf auditif, ce qui rendra possible le diagnostic précoce de ces processus.

2<sup>o</sup> Le diagnostic précoce de ces tumeurs est parfaitement possible ;

3<sup>o</sup> Dans les cas très avancés le diagnostic différentiel entre une tumeur pontocérébelleuse et une tumeur du nerf auditif est presque impossible.

4<sup>o</sup> Le procédé paracérébelleux de Krause, appliqué par la plupart des chirurgiens pour l'enlèvement des susdites tumeurs, donne un grand pourcentage de mortalité et n'est indiqué qu'en cas des tumeurs ponto-cérébelleuses.

5<sup>o</sup> Pour enlever la tumeur du nerf auditif il faut appliquer le procédé translabyrinthique comme le seul permettant d'enlever totalement la tumeur, issue du fond du méat auditif intérieur au lieu où le rameau sacculaire du nerf vestibulaire perfore la paroi osseuse.

A l'aide de cette opération il est possible d'enlever aussi les tumeurs pontocérébelleuses même de dimensions considérables en faisant la plaie opératoire conformément au cas plus en arrière.

7<sup>o</sup> Le procédé translabyrinthique est relativement peu dangereux à condition qu'il soit appliqué à la période précoce de développement de la tumeur.

A. BÉLIAEFF.

### BUSSY. — Les signes oculo-orbitaires des maladies de l'hypophyse. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mars 1924.

Les signes oculo-orbitaires des maladies de l'hypophyse sont précieux à connaître parce qu'ils sont précoces et permettent un diagnostic rapide et un traitement à une période où les lésions ne sont donc pas très étendues. Leur fréquence et leur complexité s'expliquent par les rapports assez intimes que la glande pituitaire contracte avec les voies oculaires sensorielles, motrices, sensibles, trophiques et sympathiques et avec la paroi postérieure de la loge orbitaire.

Le signe le plus constant et le plus important est l'hémianopsie

temporale. On peut observer aussi des scotomes, des papillites, des atrophies optiques, des obnubilations passagères. Les paralysies des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> paires, ainsi que du sympathique sont fréquentes et affectent des modalités d'une extrême complexité. Enfin, l'œdème des papilles et l'exophtalmie ne sont pas rares. Ces symptômes orbito-oculaires sont, en réalité, des signes de maladies de la région hypophysaire plutôt que de l'hypophyse elle-même

SARGNON.

HUGEL — **Un cas de granulosis ruba nasi.** *Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphyligr.* n° 2, février 1924.

Depuis cinq ans le nez d'un enfant de 13 ans est devenu rouge bleuâtre et en état de transpiration continuelle, le nez est froid au toucher, recouvert de granulomes de la grosseur d'une tête d'épingle et de télangectasies ; les granulomes sont mous, rougeâtres et s'anémient sous la pression du doigt.

Cette affection décrite par Jadassohn de Berne a été souvent confondue avec le lupus vulgaire ou le lupus érythémateux ; probablement consécutive à une hyperhydrose, elle est curable par l'emploi prudent des rayons X.

A. AUBIN.

O. IVANISSEVICH. — **Nouvelle méthode de rhinoplastie.** *Surg., Gyn. and Obst.*, t. XXXVIII, juin 1924, n° 6, p. 828.

C'est vraiment une méthode originale que celle utilisée par l'auteur pour combler les pertes de substance du nez. Elle aboutit en fin de compte à remplacer la partie déficiente du nez par un fragment du pavillon de l'oreille du sujet.

En pratique, on procède schématiquement de la façon suivante : 1<sup>o</sup> incision du pavillon de l'oreille ; 2<sup>o</sup> suture du *pouce* du sujet au bord supérieur de l'incision auriculaire ; 3<sup>o</sup> une fois la suture prise et les nouvelles circulations établies (16 à 18 jours) résection d'un fragment du pavillon auriculaire proportionné à la perte de substance à combler ; 4<sup>o</sup> suture de la plaie auriculaire ; 5<sup>o</sup> attachement du greffon, attendant au pouce naturellement, sur les bords de la perte de substances nasales avivées ; 6<sup>o</sup> quand le greffon est pris (15 jours), on libère le pouce et on parachève la suture nasale du greffon.

SERIER. — **Etude complémentaire sur la question de la provenance des déformations physiologiques de la cloison nasale.** *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, n° 7, 1923, p. 274.

La pathogénie des déviations de la cloison a été des plus discutées ; on a invoqué surtout une hauteur exagérée de la voûte palatine, la cloison ne pouvant se développer dans un cadre osseux inextensible et trop petit, est obligée de se déformer. Pour Krømer, les végétations seraient la cause la plus fréquemment retrouvée dans les cas de voûte ogivale. Les recherches de Subermann ont montré au contraire que les végétations n'avaient aucune répercussion sur le développement en hauteur de la voûte palatine. Pour Serier cette voûte



n'influe en rien sur le développement des déviations de cloison, il cite à l'appui de cet argument des observations personnelles et des observations de Franke où il existe des déviations du septum chez des adultes et des nouveau-nés porteurs de larges divisions congénitales du palais.

Il prétend que le vomer est une véritable traverse tendue entre l'épine nasale antérieure et le sphénoïde; ossifié au deuxième mois de la vie embryonnaire, il est rapidement très résistant. Si le cartilage vient à presser sur le vomer au cours de son développement, il se courbera ou se luxera sur le bord supérieur du vomer qui est très résistant; étant calé entre le massif incisif et le sphénoïde, le vomer ne fléchit jamais. Mais pourquoi le cartilage vient-il presser sur le vomer? Ceci tient à ce que la lame cartilagineuse, reste du crâne primitif, a une tendance illimitée à croître et que le massif facial étant en état de régression ne suit pas la même progression.

A. AUBIN.

VIGGO SCHMIDT. — **Ozène familial.** *Bibliotek. für Lager.* Fasc. 1, p. 90, 1924.

L'auteur rapporte l'observation de 7 frères et sœurs âgés de 7 à 15 ans tous atteints d'ozène. La mère de ces enfants et sa sœur étaient atteintes de la même maladie. Le père était indemne, ainsi que les grands parents maternels, et qu'un frère et une autre sœur de la mère.

Il ne peut donc pas être question d'une transmission héréditaire de l'ozène.

R. LUND.

LORTAT JACOB et LEGRAIN. — **Ostéosarcomes multiples du crâne et du maxillaire.** *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 2, février 1924, p. 107.

Chez une malade de 55 ans sans antécédents notables, est apparue, en quatre mois, une tumeur frontale suivie du développement rapide d'autres tumeurs; l'ensemble de ces tumeurs donne au front un aspect bosselé rappelant la déformation osseuse décrite sous le nom de *léontiasis ossea*. Il n'y a aucune lésion viscérale et absence complète d'adénopathie.

Une biopsie a démontré histologiquement qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes contre lequel la radiothérapie intensive va être tentée.

A. AUBIN.

FR. L. DENNIS. — **De quelques complications des sinusites. Analyse de cas associés à de l'asthme et à des lésions pulmonaires non tuberculeuses.** *Annals of. Otol.* t. XXXIII, juin 1924, n° 2, p. 451.

L'infection sinusienne, et particulièrement la maxillaire, est si fréquente dans l'asthme et la bronchectasie qu'elle suggère fortement l'idée d'une relation étiologique. Dans bien des cas, cette inflammation est du type hyperplastique plutôt que suppuré. Il est probable que sinu-

site et affection thoracique relèvent du même facteur étiologique. Un diagnostic précoce est nécessaire pour avoir un bon résultat ; car le traitement ne peut guère donner grand chose une fois les altérations péri-bronchiques installées. La radiographie ne donne pas toujours de résultat. L'exploration opératoire, à travers une petite ouverture de la fosse canine est donc justifiée dans les cas suspects.

C'est l'opération sur le sinus malade qui donne les meilleurs résultats.

**F. BACKSTEIN. — Du diagnostic des sinusites maxillaires à l'aide d'une ponction exploratrice.** *Journal de maladies des oreilles, du nez et du larynx*, 1924, n° 5-6 (en russe).

Vu que la nuance du liquide trouble reçu après le lavage du sinus maxillaire ne donne pas des indications précises sur le contenu du sinus puisque ce liquide, ayant quitté la cavité, passe par le méat moyen et peut toucher la muqueuse du méat supérieur, le recessus sphénoéthmoïdal et même le nasopharynx, l'auteur a essayé d'obtenir le contenu de la cavité directement par le trocart.

Ayant introduit l'aiguille exploratrice par le méat inférieur on attend que le contenu liquide de la cavité se dégage spontanément par l'aiguille. Si dans quelques cas cela n'arrive pas, on pince le nez du malade entre les doigts (la narine où se trouve la canule est bouchée par du coton) et on propose au sujet après une inspiration large et profonde de fermer hermétiquement la bouche et de faire une forte expiration. Grâce à la pression expiratoire le contenu liquide du sinus, à condition que l'ostéum maxillaire principal ou accessoire soit libre (dans ce but l'auteur exige de bien cocaïniser aussi le méat moyen) sera expulsé à travers la canule. Par ce procédé l'auteur a obtenu dans la plupart des sinusites le contenu purulent ou séreux. Si la cavité ne contient pas d'exsudat où il y trouve en quantité minime l'effort respiratoire ne donne qu'un courant d'air sans ou avec odeur ; on peut dans ces cas injecter par la canule 5-16 centimètres de sérum physiologique et ayant recouvré par le même procédé le liquide, l'analyser.

A. BÉLIAYEFF.

**F.-M. JOHNSON. — La radiumthérapie du cancer du sinus maxillaire.** *Surg., Gyn. and Obst.*, t. XXXVIII, juin 1924, n° 6, p. 819.

Article intéressant et qui semble indiquer que les auteurs américains sont actuellement arrivés à la même manière de faire que nous.

Après avoir insisté sur la nécessité d'un diagnostic précoce, et qui dépend surtout et des rhinologistes et des dentistes, les auteurs font ressortir que le traitement combiné (chirurgie et radium) donne des meilleurs résultats que la chirurgie. De plus le radium permet un traitement palliatif des cas pour lesquels on était jusqu'à présent désarmé. Le succès de la radiumthérapie dépend d'une application correcte. D'une manière générale, c'est par la voie buccale qu'on réalise la meilleure approche. Mais si c'est nécessaire, l'œil doit être enlevé et le plafond de l'orbite ouvert.

Dr LOUIS SARMENGO. — **Transillumination du sinus sphénoïdal. Technique nouvelle.** *La Semana medica*, n° 47, 1922. Buenos-Aires, 12 figures.

L'auteur présente un nouvel appareil comportant en réalité deux instruments :

1° Un photophore que l'on introduit par la fosse nasale jusqu'à la paroi antérieure ou inférieure du sinus sphénoïdal.

2° Un tube télescopique avec un système d'optique, genre cystoscope ou pharyngoscope que l'on introduit par la fosse nasale du côté opposé.

Il y ajoute un photophore pouvant être introduit par la bouche et le cavum jusqu'à la paroi inférieure. La visée se fait alors par la fosse nasale correspondante.

Ce procédé lui a donné des résultats positifs dans les cas d'empyème du sinus qu'il a eu à examiner. Dans deux cas de sinusite non suppurée il lui a montré une légère opacité suivie de vérification opératoire.

E. GRANET.

F.-E. REYNOLDS. — **La pathologie de la sphénoïdite.** *Journ. of Laryng., Otol. and Rhinol.*, juillet 1924, p. 399, vol. XXXIX, 7.

L'irritation chronique d'une muqueuse provoque son hypertrophie, sous forme d'épaississement simple ou de dégénérescence polypoïde, l'os sous-jacent réagit soit par un processus hyperplasique, soit par l'ostéite raréfiant. Ces altérations peuvent être localisées ou généralisées, les réactions pathologiques n'auront aucune conséquence grave, si elles se produisent sur un cornet, mais il en est tout autrement, si elles se développent au niveau d'un sinus d'un ostium ou autour d'un nerf sensitif. La pression exercée sur le nerf par l'os en activité est certainement précédée par un état de compression nerveuse par la congestion et l'œdème. Quelques belles coupes microphotographiques accompagnent cet article qui reproduit en raccourci le travail pathologique de Wright dans le livre de Sluder.

QUIRIN.

ROLLET. — **L'Exophtalmie.** *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mars 1924.

Dans cet article, l'auteur rappelle que l'exophtalmie à base tumorale peut être d'origine sinusienne ; une poche kystique à contenu visqueux et parfois hématique encombre l'orbite ; une tumeur solide bénigne ou maligne peut aussi partir de la région sinusienne.

Dans les exophtalmies à base inflammatoire, il est nécessaire d'examiner les sinus périorbitaires qui, dans 83 % des cas, sont à l'origine des empyèmes enkystés ou des suppurations diffuses de l'orbite.

SARGNON.

POST. — **Deux cas remarquables de névrite optique et de choriorétinite consécutifs à une affection sinusienne,** *J. Missouri States M. Ass.*, 1923, t. XX, p. 405.

Deux cas, l'un amélioré (progressivement pour arriver à la guérison fonctionnelle, mais avec une légère zone d'atrophie optique) par l'in-

tervention sur le sinus. Le deuxième le fut par le traitement des dents malades, mais un an après le scotome réapparut ; la guérison fut alors obtenue par le traitement nasal.

**JAMES DUNDAS-GRANT. — Six cas d'altérations oculaires d'origine nasale, guéries ou améliorées après intervention endonasale.** *Journ. of Laryng. Otol. and Klin.*, vol. XXXIX, 7, juillet 1924, p. 397.

L'auteur rapporte : 1° Deux cas de névrite rétrobulbaire, chez des hommes de 32 et 38 ans, très améliorées après ablation du cornet moyen.

2° Un cas de névrite rétrobulbaire, chez une femme d'âge moyen, guérie après ouverture du sinus sphénoïdal gauche ;

3° Un cas d'œdème papillaire concomitant à une hypertrophie du cornet moyen, coïncé entre la cloison et la paroi latérale ; l'ablation du cornet amène la guérison en quelques jours ;

4° Un cas d'atrophie du nerf optique chez une femme de 35 ans, datant de deux ans ; l'ablation du cornet moyen du côté correspondant donna une légère amélioration.

5° Un cas de kératite profonde rénitente à tout traitement. L'examen endonasal révéla des polypes et un écoulement purulent. Ablation du cornet moyen et ouverture de la cellule ethmoïdale postérieure. Après quelques jours répression des troubles cornéens ; actuellement la malade est très améliorée.

QUIRIN.

**GAVIN YOUNG. — Névrite rétrobulbaire d'origine sphénoïdale.** *Journ. of Laryng. Otol. and Rhinol.*, vol. XXXIX, 7, p. 381, juillet 1924.

La question des sphénoïdites et des troubles oculaires qui en résultent est à l'ordre du jour. L'auteur en profite pour rappeler les travaux américains et anglais, il cite aussi Van den Wildenberg, mais on ne trouve aucune mention d'auteurs français. Il est partisan de l'intervention dans des cas avec une muqueuse apparemment saine, dans d'autres où la muqueuse était polypoïde, il a obtenu la guérison, mais il a observé un échec dans un cas avec muqueuse parfaitement saine et dans une autre avec de grosses lésions.

D<sup>r</sup> QUIRIN.

**H.-M. FRAQUAIR. — La valeur des altérations visuelles dans le diagnostic des affections du nerf optique dues aux sinusites latentes.** *Journ. of Laryng. Otol. and Rhin.*, vol. XXXIX, 7, juillet 1924, page 384.

Dans de nombreux cas de troubles de la vision restés inexplicables, on semble devoir incriminer des lésions latentes des sinus postérieurs, et si le pourcentage de ces troubles, d'ordre rhinogène, présente de grandes différences selon les cliniques, cela tient surtout aux différences d'interprétation des images rhinoscopiques et radiologiques qui ont déterminé le traitement.

L'auteur divise les troubles de la vision en deux groupes ; les uns sont découverts par le rhinologiste, sans même que le malade ait eu



besoin de s'en plaindre ou de s'en apercevoir, les autres amènent les malades directement chez l'oculiste. Ces deux groupes sont analysés d'après les observations d'auteurs anglais, américains, et surtout étrangers, parmi lesquels on ne retrouve en dehors de Weill aucun nom français, encore que cet auteur nie toute origine sinusienne aux troubles visuels.

QUIRIN.

W.-S. SYME. — **Les rapports du sinus sphénoïdal avec le nerf optique.** *Journ. of Laryng. Rhin. and Otol.*, vol. XXXIX, 7, juillet 1924, p. 375.

Résumé assez intéressant des recherches anatomiques sur le sinus sphénoïdal et de sa pathologie. Syme, qui est un de ceux qui considèrent les sphénoïdites comme très fréquentes, est intervenu sur plusieurs centaines de sinus sphénoïdaux et y a retrouvé les lésions les plus variées, depuis la simple congestion de la muqueuse, jusqu'à l'abcès extradural, en passant par la dégénérescence polypoïde, l'empyème, simple ou caséux.

En ce qui concerne l'anatomie du sinus, il faut retenir que dans 3 % des cas l'un des sinus empiète sur l'autre au point d'entrer en relation avec les deux nerfs optiques ; d'autre part, l'un des sinus, se trouve en rapport avec les deux carotides dans 10 % environ des cas. Je n'insiste pas sur les petits recessus du sinus qui peuvent entourer le canal optique dont la paroi, très mince, peut présenter des déhiscences. L'auteur a noté comme extrême rareté un cas dans lequel l'apophyse orbitaire de l'os du palais s'articulait avec le sphénoïde au niveau du trou optique ; la limite était nettement marquée par une fissure.

En 1910, l'auteur a publié dans *The Lancet* 17 cas d'affection du sphénoïde ; il y démontra que dans 14 cas examinés au point de vue ophtalmologique il y avait des altérations de la papille (6 cas de congestion, 3 cas de névrite). Comment expliquer l'atteinte du nerf optique qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose ? La toxémie doit jouer un certain rôle, ainsi qu'en témoigne un cas de sinusite maxillaire sans sphénoïdite suivie d'altérations du nerf optique. La propagation directe de l'inflammation à travers la paroi osseuse très mince semble toutefois être la plus simple explication. D'autre part la sclérose en plaque n'exclut pas une lésion du sinus sphénoïdal. Dans les cas où les lésions oculaires portent sur la rétine (hémorragies) ou sur la choroïde (taches) il faut admettre un passage direct de l'infection par des veines communicantes ou par une voie détournée grâce à une thrombose. L'auteur cite le cas d'un confrère averti des complications oculaires dans les sinusites sphénoïdales, et qui fit une choroïdite aiguë. Il lui ouvrit le sinus sphénoïdal correspondant d'où s'écoulait une traînée purulente (des plus nettes à la rhinoscopie postérieure). Rétablissement complet de la vision.

L'auteur insiste sur les symptômes cliniques qui sont peut-être plus importants que la radiographie quoiqu'ils puissent parfois induire en erreur. En l'absence de signes cliniques, et si l'ophtalmologiste vous adresse un malade, il faut toujours ouvrir le sinus sphénoïdal, c'est encore le moyen le plus sûr de poser le diagnostic de sphénoï-

dite et de sa corrélation avec les troubles oculaires, car il semble se confirmer que la névrite optique se développe surtout dans les sinusites sphénoïdales avec peu d'altération de la muqueuse.

QUIRIN.

MUSGRAVE WOODMAN. — **Les affections suppurées des sinus supérieurs.** *Journ. of Laryng. Otol. and Rhinol.*, p. 365, vol. XXXIX, 7, juillet 1924.

L'article, très succinct, contient quelques remarques sur l'anatomie des sinus frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux, sur leurs rapports avec les organes du voisinage et sur les problèmes plus complexes, que peuvent poser ces sinusites (méningites, névralgies, troubles visuels). Les quelques photographies qui l'accompagnent suffisent à elles seules à expliquer le texte.

QUIRIN.

LOGAN TURNER. — **Les relations des troubles visuels avec les affections des cavités nasales, notamment les sinusites postérieures.** *Journ. of Laryng. Otol. and Rhinol.*, p. 371, vol. XXXIX, 7, juillet 1924.

Introduction à la discussion des complications oculaires dans les sinusites postérieures dans laquelle l'auteur insiste surtout sur la nécessité d'une collaboration intime du rhinologiste et de l'ophtalmologiste pour dépister les moindres modifications des fosses nasales et de l'appareil de vision.

QUIRIN.

J.-S. FRASER. — **La fréquence des interventions sur le sinus sphénoïdal.** *Journ. of Laryng. Otol. and Rhinol.*, vol. XXXIX, 7, p. 393, juillet 1924.

Dans une statistique d'autopsies, l'auteur a trouvé 27 % d'altérations du sinus sphénoïdal, mais l'examen microscopique a démontré combien ce chiffre était soumis à des causes d'erreur, puisque par son contrôle il ne restait plus que 6 % de lésions évidentes de la muqueuse. Sur les 900 opérations sur la mastoïde, sur les 350 interventions sur les sinus maxillaires et frontaux (50) exécutées en dix-neuf ans l'auteur n'est intervenu que dix-sept fois sur le sphénoïde. S'il compare ce chiffre à un autre qu'un de ses confrères lui a indiqué, cela ferait 2600 opérations sur le sphénoïde dans le même laps de temps. Cette exagération est due à l'enthousiasme qu'a soulevé le livre de Sluder.

L'auteur compare la névrite rétrobulbaire à la névrite de la VIII<sup>e</sup> paire qui n'est nullement due à une mastoïdite ou à une otite moyenne suppurée.

Dans 10 cas de névrite rétrobulbaire l'auteur s'est abstenu sept fois de toute intervention en raison de l'absence de tout signe rhinoscopique. Sur ces 7 cas il a observé deux guérisons, une amélioration, les quatre autres malades ne s'étant plus représentés.

Sur les 3 cas qui ont subi une intervention, le premier avait eu une paralysie de la III<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> paire; l'ouverture du sphéno-ethmoïde montra une muqueuse saine et ne donna pratiquement aucune amélioration.

Le second cas fut considérablement amélioré uniquement par l'ablation du gros cornet moyen. Enfin le troisième cas recouvra la vision après ouverture du sphénoïde dont la muqueuse paraissait épaissie.

L'auteur a adopté la ligne de conduite suivante: même s'il ne trouve rien ni à la rhinoscopie antérieure et postérieure, ni à la radiographie, il intervient sur le sinus à condition que l'oculiste soit partisan d'une opération.

QUIRIN.

A.-M. ALDEN. — **Syndrome douloureux des ganglions sphéno-palatins, associé à une affection du sinus maxillaire.** *The Laryngoscope*, t. XXXIV, juin 1924, n° 6, p. 438.

Des douleurs à siège non classique (base du nez, vertex, nuque), accompagnaient une sinusite maxillaire; la cure radicale de celle-ci les fit disparaître. Mais l'opération montra que le maximum des lésions siégeait autour de l'ostium et au-dessus de lui et non au plancher comme d'habitude.

Des recherches anatomiques complémentaires ont montré à l'auteur que la paroi postéro-supérieure du sinus est mince comme du papier et qu'entre celle-ci et la paroi postérieure de la fosse sphéno-palatine (où se trouve le ganglion s. p.) n'existe qu'un peu de tissu conjonctif et de petits vaisseaux.

Si donc la souffrance du ganglion n'est pas plus fréquente, cela tient à ce qu'habituellement les lésions de sinusite maxillaire prédominent sur le plancher et la paroi nasale.

G. SLUDER. — **Spasme de l'œsophage guéri par le traitement du ganglion sphéno-palatin.** *The Laryngoscope*, t. XXXIV-juin 1924, n° 6, p. 437.

Ainsi qu'on le devine par le titre, le spasme a cédé après cocaïnisation du ganglion sphéno-palatin. Il est vrai qu'on a administré ensuite le traitement antispécifique chez cette malade syphilitique. Cependant une cocaïnisation préalable de la gorge n'avait pas fait disparaître le spasme.

HASSAN SHAHEEN BEY (*Le Caire*). — **Remarques sur les fibromes naso-pharyngés.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol XXXIX, 6; juin 1924, p. 301.

Les fibromes naso-pharyngiens semblent être plus fréquents en Egypte; l'auteur a eu l'occasion d'opérer en dix ans 28 cas avec une seule issue fatale. La plupart ont été observés sur des sujets du sexe masculin âgés de 15 à 25 ans; un cas pourtant était âgé de 4 ans, un autre de 60 ans. L'anémie est moins à mettre sur le compte des hémorragies, qu'en raison de leur fréquence en Egypte de la bilharziose, de l'ankylostomiase. Comme technique l'auteur utilisait pour les premiers cas l'incision médiane du voile après trachéotomie préalable; mais il a abandonné bientôt cette méthode au profit de l'arrachement par le cavum, ou si la tumeur est volumineuse, de la rhinotomie latérale de Moure. L'hémorragie quoique sérieuse n'a jamais

été alarmante. Le cas mortel était dû au shock. Aucun cas n'a apparemment eu de récédive.

L'auteur condamne le traitement au galvano, par les caustiques ou par la diathermie ou le radium.

Trois photographies accompagnent le texte.

QUIRIN.

**LAUTMANN. — Furoncle de la lèvre supérieure et vaccinothérapie.** *Annales des mal. de l'or., du lar., du nez et du phar.*, n° 9, 1923, p. 984.

Lautmann rapporte l'observation d'un homme de 82 ans atteint d'un volumineux anthrax de la lèvre supérieure, chez lequel le traitement classique au galvano-cautère ne pouvait être employé, il préféra s'adresser à la vaccinothérapie antipneumococcique ; le liquide de l'hydropneumorrhée cause des furoncles, contenait ce bacille à l'état de pureté. Dès la première injection, les signes généraux tombèrent et les signes locaux diminuèrent d'intensité, mais cette amélioration fut de courte durée, une deuxième injection fut nécessaire ; la guérison définitive fut alors obtenue.

L'auteur pense que cette méthode permet d'obtenir d'aussi bons résultats qu'avec les traitements classiques.

A. AUBIN.

**EWART MARTIN et W.-A. ALEXANDER. — Un cas de rhabdomyosarcome du voile.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, 6, juin 1924, p. 312.

Il s'agit d'une fillette de 6 ans qui en 1922 présentait tous les signes de végétations adénoïdes. On enleva les amygdales et une masse tumorale du cavum dont l'examen histologique révéla la nature rhabdomyomateuse. Un examen approfondi du cavum sous anesthésie permit, en effet, de constater une tumeur partant du dos du voile et emplissant la choane gauche. On enleva la tumeur, l'enfant pouvait respirer librement. Mais revue deux mois plus tard, elle présentait une tuméfaction saillante du voile et de gros ganglions cervicaux. On fit alors une nouvelle intervention, précédée de l'ablation des ganglions cervicaux, et après extirpation de la tumeur du voile on trouva une extension néoplasique vers la trompe d'Eustache gauche ; électrocoagulation de toute la région. Trois semaines plus tard ablation d'un volumineux polype de l'oreille gauche qui n'était rien d'autre qu'un prolongement de la tumeur du cavum. Étant donnée la rapidité d'accroissement de la tumeur on posa quatre tubes de 10 milligrammes de radium ; après une courte période d'amélioration, le néoplasme repartit de nouveau à plusieurs endroits et l'enfant mourut un peu plus d'un mois après l'application du radium.

A l'autopsie on put constater l'extension néoplasique dans la région péritonsillaire gauche, angulomaxillaire gauche. L'infiltration descendait, plus prononcée à gauche, jusqu'au thymus. Les autres organes ne montraient aucune métastase. Œdème très marqué du larynx.

Microscopiquement la première pièce opératoire avait l'aspect typique d'un rhabdomyome ; certaines zones étaient purement myomateuses ; en d'autres endroits on retrouvait les cellules en araignée décrites



par Césaris-Lemel dans un cas de rhabdomyome du cœur. L'examen histologique du tissu prélevé quatre mois plus tard montra un aspect bien différent. Presque plus de cellules géantes, presque plus de cellules myoblastiques mais une prolifération presque uniforme de cellules ovales et surtout fusocellulaires réalisant le type de sarcome du même nom. Quelques considérations oncologiques sur les rhabdomyomes et myosarcomes terminent la description de ce cas intéressant.

QUIRIN.

H. BELL. — **La flore bactérienne de l'amygdale et plus spécialement le streptocoque hémolytique et les altérations histopathologiques correspondantes.** *Annals of Otol.*, t. XXXIII, juin 1924, n° 2, p. 305.

Le matériel provient de 100 malades, chez lesquels les amygdales furent enlevées à cause de la répétition d'angines, d'infection auriculaire, de rhumatismes ou à cause de l'obstruction respiratoire déterminée par leur volume exagéré.

Soixante-dix sujets étaient porteurs du streptocoque hémolytique du type  $\beta$  (20 n'en avaient plus quelques mois après l'amygdalectomie). Mais si ce germe paraît surtout lié aux déterminations générales (otites, rhumatismes, etc.), les modifications anatomiques de l'amygdale et surtout l'augmentation de volume, paraissent plutôt dues au streptocoque du type  $\alpha$ . D'ailleurs l'auteur pense que le nombre des bacilles, aussi bien que leur nature, est un facteur important pour la production de modifications pathologiques dans l'amygdale.

DUTHEILLET DE LAMOTHE. — **Amygdalectomie et amygdalotomie.** *Revue de Laryngologie*, n° 8, p. 322, 1923.

Dutheillet répond dans cet article au professeur Moure qui dans la *Revue de laryngologie* (janvier 1923) avait conclu à la supériorité de l'amygdalotomie sur l'amygdalectomie.

1° L'amygdalectomie totale dépasse-t-elle son but? Pratiquement l'ablation des amygdales est faite pour volume exagéré et pour production d'accidents infectieux d'ordre local ou général.

Dans le premier cas les deux opérations se confondent, le morcellement équivalent à l'ablation complète de la glande; encore existe-t-il un lobe intravélique qui non enlevé peut devenir le point de départ de complications ultérieures; l'ablation à l'anse paraît plus sûre.

Dans le deuxième cas pour mettre fin à des accidents infectieux l'ablation totale est encore plus importante, c'est le seul procédé qui puisse permettre d'enlever en totalité les cryptes infectées, le fond de ces cryptes ne devant pas être laissé en place.

L'amygdalectomie totale en passant en dehors de la capsule ne laisse en place aucuns culs-de-sac qui, après cicatrisation, deviennent espace clos favorisant la récurrence des accidents infectieux. Au contraire l'amygdalotomie laisse toujours, adhérent dans la profondeur, du tissu amygdalien, le but de l'intervention n'est donc pas atteint. Seule l'amygdalectomie totale remplit bien son but, elle met définitivement l'opéré à l'abri des accidents infectieux pour lesquels il a eu recours au spécialiste.

## 2° L'amygdalectomie totale est-elle dangereuse ?

On lui reproche d'exiger l'anesthésie générale, d'exposer aux accidents infectieux et aux hémorragies, de former des cicatrices fibreuses.

a) L'anesthésie est en effet nécessaire car il est plus délicat et plus difficile d'enlever une amygdale en totalité que de la morceler, mais on ne peut pas employer l'éther ou le chloroforme, le chlorure d'éthyle, administré goutte à goutte, donne le minimum de danger.

On reproche à cette anesthésie de laisser pénétrer du sang dans les voies aériennes, on peut éviter ces accidents mécaniques et les complications infectieuses qu'ils déterminent ; il suffit de renverser le petit malade la tête basse pour que la trachée se vide.

b) La formation de cicatrices vicieuses après une amygdalectomie paraît imputable non au procédé, mais à une faute de technique ; la dissection qui respecte les piliers et qui se borne à sectionner au ras de la glande les adhérences et les voiles muqueux ne donne jamais de bride fibreuse ; par contre toute section du pilier antérieur la provoquera à coup sûr.

c) Enfin les hémorragies post-opératoires seraient fréquentes et graves ; cette éventualité, à lire les revues américaines, pourrait être redoutée ; jusqu'ici Dutheillet n'en a rencontrées que d'exceptionnelle et chaque fois un simple tamponnement suffit pour les arrêter ; d'ailleurs si elles étaient très fréquentes l'amygdalectomie totale serait certainement disparue de la pratique journalière. Jamais Dutheillet n'a observé des hémorragies même inquiétantes, pour lui l'amygdalectomie totale à l'anse froide, serrée lentement, reste le procédé de choix ; c'est le seul qu'il emploie depuis que M. Vacher d'Orléans lui a appris à l'employer.

A. AUBIN.

MOURET et CAZEJUST. — **Amygdalotomie maxima, ou amygdalotomie haute.** *Annales des maladies de l'oreille*, n° 9, 1923 p. 845.

Dans ce mémoire sont exposées les opinions de Mouret et Cazejust sur l'amygdalotomie, elles sont étayées sur des recherches anatomo-cliniques que les auteurs rappellent brièvement.

Classiquement il existe trois types d'amygdales palatines : l'amygdale pédiculée, l'amygdale plongeante, l'amygdale enchatonnée ; on peut y ajouter un quatrième type confondu jusqu'ici avec le précédent : l'amygdale ascendante ou haute, dont le pôle supérieur est enfermé dans le recessus palatin.

Le recessus palatin se développe entre les muscles glossostaphylin et pharyngostaphylin, c'est une excavation dont le fond est tourné en haut, en avant et en dedans et qui surplombe la loge amygdaliene, sa dimension est très variable, c'est une simple dépression ou une profonde excavation ; elle est limitée en bas par le plan horizontal qui passe par l'extrémité supérieure de l'espace libre délimitée par l'écartement des piliers.

Le pôle supérieur de l'amygdale devrait être appelé portion supérieure de l'amygdale : il est soit englobé, formant un pôle réel, soit

en îlots disséminés sur les parois du récessus ; son volume est très variable, tantôt il ne représente qu'une faible portion de la glande, tantôt au contraire la partie intravélue est la plus développée.

Il résulte de cette disposition anatomique que toute intervention sur l'amygdale sera incomplète et « inopérante » si elle ne porte pas sur le pôle supérieur de l'amygdale : une amygdalotomie ne peut être utile que si elle s'étend au lobe supérieur, car c'est à ce niveau que se produisent les complications les plus fréquentes des amygdalites. Toute amygdalotomie doit donc comporter une ouverture large du récessus palatin afin de permettre l'exérèse de la portion intravélue de la glande ; en pratiquant cette ouverture dans la direction inter-piliers, dans le sens des fibres musculaires, on ne provoque aucune lésion importante du voile.

Les indications de l'amygdalotomie maxima sont celles de l'amygdalotomie ordinaire ; la présence d'un récessus palatin rend parfois plus pressante l'intervention dans certains cas d'abcès périamygdaliens à répétition. On peut dire que, au cours de toute amygdalotomie, la présence d'un récessus palatin indique une amygdalotomie maxima.

L'instrumentation est celle de toute amygdalotomie banale, à laquelle on ajoute les instruments suivants : un crochet de Ruault, ou un Struycken coudé, une pince emporte-pièce d'Hartmann.

L'anesthésie est toujours une anesthésie locale ; pour Mouret et Cazejust l'anesthésie par badigeonnage serait supérieure à celle par infiltration.

L'anesthésie du récessus palatin est obtenue en introduisant l'extrémité d'un porte-coton imbibé de la solution dans la cavité inter-piliers : cette méthode a l'avantage de montrer la profondeur du récessus et de déterminer l'étendue du débridement à effectuer.

La technique opératoire proprement dite comprend trois temps :

1<sup>o</sup> Dégagement du pôle supérieur. Il faut d'abord ouvrir le récessus palatin, on le fait rapidement en transfixant la paroi buccale du récessus au moyen d'un crochet de Ruault, ou en sectionnant d'un coup d'emporte-pièce de Struycken cette mince paroi après avoir introduit le mors fixe de cet instrument dans la cavité intravélue.

Habituellement les lèvres de la plaie baillent et fréquemment on assiste à une vraie « révérence » amygdalienne, le pôle supérieur de la glande venant faire hernie dans l'oropharynx. S'il existe quelques adhérences, leur section avec la faux de Rault produira la libération de l'amygdale ;

2<sup>o</sup> Dégagement de la portion centrale. Ce temps et le temps suivant ;

3<sup>o</sup> Amygdalotomie proprement dite, sont réalisés suivant l'une ou l'autre des méthodes classiques, crochets de Ruault ou ciseaux pour le second, pince de Ruault ou serre-nœud de Vacher pour le troisième.

Cette intervention est facile à pratiquer, elle n'est pas hémorragique, elle ne laisse enfin après elle aucune cicatrice et parlant aucune dyslalie, l'incision intravélue ayant été faite dans le sens des fibres musculaires.

FERDINAND ROUSSEAU. — **Pharyngo-trachéite azotémique.** — *Annales des maladies de l'oreille*, n° 9, 1923, p. 892.

L'auteur à propos d'une observation rappelle que beaucoup de troubles constatés par les spécialistes n'ont pas une origine purement locale; certains sont au contraire des éléments importants, pour la défense de l'organisme et ne demandent pas à être supprimés, il faut constituer une thérapeutique locale anodine et diriger ses efforts sur une thérapeutique générale de désintoxication A. AUBIN.

JORGEN MÖLLER. — **Observations cliniques à propos de la valeur de la résonance nasale dans le chant** (*Bibliot. für. Lager.*, fasc. I, p. 63, 1924).

Quand les phénomènes de résonance ne sont pas normaux dans les fosses nasales, en particulier si celles-ci sont trop étroites, on observe de la fatigabilité de la voix, la formation de nodules vocaux, en dehors des autres symptômes fonctionnels.

Il s'agit ordinairement d'une hypertrophie du cornet inférieur uni ou bilatérale, et il est nécessaire de sectionner aux ciseaux de Struycken la partie inférieure du cornet d'un bout à l'autre parallèlement à son bord libre.

Souvent l'étroitesse des fosses nasales n'est pas telle que l'attention soit immédiatement attirée vers elles : le chanteur se plaint de troubles vocaux vagues, par exemple sa voix est « étouffée ». Il faut alors étudier l'émission de la voix avant et après une application d'adrénaline dans les fosses nasales. Si cette épreuve est positive, une intervention est indiquée et consistera dans la section du bord libre du cornet, la résection d'un éperon, ou l'ablation de la queue du cornet hypertrophiée, etc. Les galvanocautérisations donnent des résultats inconstants. R. LUND.

REBATTU. — **Paralysie récurrentielle par médiastinite tuberculeuse.** *Revue de laryng. d'otol. et de rhinol.*, n° 7, p. 284, 1923.

Rebattu rapporte l'observation d'une femme de 55 ans qui dès l'âge de 18 ans présentait des troubles vocaux intenses. L'examen laryngoscopique pratiqué à plusieurs reprises révéla l'existence d'une paralysie récurrentielle droite. La radioscopie montra seulement des sommets un peu gris et quelques ombres au niveau de la région hilare.

L'autopsie de la malade qui a succombé à une poussée de tuberculose pulmonaire et intestinale, montra : 1° l'absence de lésions cardio-aortiques et d'adénopathie trachéobronchique ; 2° l'existence d'une véritable médiastinite chronique d'origine tuberculeuse ayant son point de départ au niveau du sommet droit ; elle englobait et dissociait le récurrent depuis son origine jusqu'à l'origine de sa portion cervicale.

Ce cas met bien en évidence le mécanisme de la paralysie du récurrent ; la médiastinite est plus fréquente qu'on ne le suppose actuellement, son cadre doit être élargi aux dépens de l'adénopathie trachéobronchique, mais cliniquement elle est extrêmement difficile à recon-



naître, seule la radio peut la faire soupçonner et bien souvent aucun diagnostic étiologique ferme ne pourra être posé. A. AUBIN.

CL. F. THEISEN. — **L'œdème aigu du larynx.** — *Ann. of Otol.*, t. XXXIII, juin 1924, n° 2, p. 487.

Les différents types d'œdème laryngoscopique sont étudiés ainsi que leur étiologie. Celle-ci est obscure quand l'œdème se développe brusquement chez des individus en apparence sains et l'examen ne révèle alors rien, s'il n'est quelquefois un peu de rougeur du pharynx. Un cas rapporté par l'auteur, survenu brusquement après une longue administration d'iodure, nécessita la trachéotomie.

L'œdème névrotique aigu est également étudié. La trachéotomie y est rarement nécessaire : les scarifications du tissu œdématisé, la glace, l'adrénaline en pulvérisations sont généralement suffisantes.

Bien des cas d'étiologie obscure appartiennent à l'œdème angionévrotique. On trouve alors, dans ces cas, souvent des névroses vasomotrices du nez, du pharynx, et d'autres parties du corps et dans les antécédents familiaux on retrouve habituellement l'urticaire, le purpura, la rhinite vaso-motrice, le rhume des foins, etc.

La mort subite n'est pas rare dans ces cas, par œdème cérébral localisé, déterminant la défaillance cardiaque ou respiratoire.

E. DARABAN. — **Traitement de la tuberculose laryngée par l'héliothérapie** (*Th. Bucarest*, 1924).

Chaud plaidoyer en faveur de cette méthode de traitement. Après un exposé de nos connaissances sur la tuberculose laryngée et un résumé des thérapeutiques jusqu'ici utilisées, l'auteur expose brièvement les principes de l'héliothérapie en général puis étudie en détail son application technique sur le larynx : durée progressive des séances, outillage, difficultés, etc. Les symptômes principaux peuvent disparaître dès la quatrième séance. Huit belles observations à l'appui.

A. LAVRAND. — **Traitement de la dysphagie laryngée par les instillations nasales.** *Journal des Sciences Médicales de Lille*, n° 28, 13 juillet 1924.

Sans vouloir rejeter toutes les pratiques opposées jusqu'à ce jour à la tuberculose du larynx, l'on peut admettre qu'il n'y en a aucune qui semble réunir tous les avantages. Elles ne répondent chacune qu'à certaines indications. Et d'une façon générale les agents les plus actifs (cautérisation, interventions chirurgicales) sont utilisés dans les cas à lésions laryngées et pulmonaires les moins étendues ; dans les cas inverses, il est préférable d'insister sur les antiseptiques analogues.

Mais il faut bien reconnaître que les formes dysphagiques, dites chirurgicales, ne sont pas les plus fréquentes. Le laryngologiste se trouve beaucoup plus souvent en présence de cas qui ne réclament qu'un traitement palliatif : ou ce seront des formes catarrhales, con-

gestives, irritatives, ou des formes ulcéreuses, largement destructives chez des sujets plus ou moins cachectiques.

Quoi qu'il en soit, la ligne de conduite s'inspire de la situation sociale du malade, du lieu où il se trouve. S'il lui est facile de se laisser soigner par le spécialiste lui-même, on a l'embarras du choix. Dans le cas contraire, on en est réduit aux procédés usuels : inhalations, insufflations pulvérulentes, pulvérisations.

Les succès variés de ces dernières méthodes nous autorisent à rechercher les avantages que l'on pourrait retirer de quelque procédé à la portée des patients.

Parmi ceux-ci, il en est un, préconisé par M. le professeur H. Lavrand. Sa méthode repose sur le principe suivant :

Empêcher les mouvements de déglutition qui ouvrent l'entrée œsophagienne maintenue fermée à l'état habituel. Dans ces conditions, tout liquide instillé dans le pharynx tombe dans l'entonnoir laryngé et pénètre ensuite dans la trachée.

Pour obtenir ce résultat, il suffit de conserver la bouche largement ouverte en plaçant entre les molaires soit un bouchon de liège, soit un écarteur quelconque. Dans cette situation, le patient renverse la tête en arrière et le plancher des fosses nasales s'incline fortement en bas et en arrière.

Verse-t-on du liquide dans une fosse nasale, il gagne facilement les parties déclives, c'est-à-dire l'infundibulum pharyngé au fond duquel se trouve l'ostium œsophagien en état d'occlusion permanente et l'entonnoir glottique qui s'ouvre sous l'effet de l'inspiration. Le liquide pénètre, de cette façon, dans la trachée, si les arcades dentaires sont tenues écartées, deux ou trois minutes. Le patient réussit parfaitement cette manœuvre et s'y habitue avec la plus grande facilité, à condition que le liquide n'exerce aucune action irritante sur la glotte et la trachée.

Lavrand a étudié leur effet sur la dysphagie laryngée des tuberculeux.

Il s'est servi tantôt d'huile eucalyptolée à 2 %, tantôt de la solution cocaïnée suivante, dix minutes avant chaque repas :

Glycérine. . . . .	5 gr.
Eau. . . . .	5 gr.
Cocaïne . . . . .	de 25 à 50 centigr.
Solution d'adrénaline au 1/1000° . . . . .	V gouttes.

Onze observations à l'appui.

**CANUYT. — Papillomes récidivants et rebelles du larynx chez un enfant. Trachéotomie, thyrotomie, haute fréquence, radiothérapie profonde. Décanulation. Guérison.** *Annales des maladies de l'oreille*, n° 9, page 858, 1923.

Canuyt rapporte l'histoire d'un enfant de 9 ans, porteur de papillome laryngé récidivant. Après deux nettoyages de la cavité laryngée à la pince, les papillomes repullulent, une thyrotomie est pratiquée ; malgré une exérèse bien méthodique les papillomes réapparaissent. Canuyt pratique alors une deuxième thyrotomie et fait une applica-

tion de diathermie. Six mois après les papillomes récidivent mais en petit nombre. Canuyt recourt à la radiothérapie profonde. Trois portes d'entrée sont employées, deux antérolatérales et une cervicale postérieure. La guérison est complète et une surveillance attentive ne dépiste aucune reproduction pathologique.

Canuyt pense que la radiothérapie profonde et la diathermie sont deux méthodes efficaces pour la thérapeutique du papillome du larynx ; encore trop nouvelles pour être appréciées à leur juste valeur, il faut attendre avant de porter un jugement définitif sur elles. Enfin, pour lui, la thyrotomie ne doit pas être systématiquement rejetée, elle reste encore un bon procédé, mais un procédé d'exception, réservé aux cas rebelles et aux enfants difficiles. A. AUBIN.

PLANDÉ. — **La thyrotomie chez l'adulte.** *Revue de Laryng. d'Otol. et de Rhinol.*, n° 7, 1923, p. 259.

L'accord n'est pas encore fait sur la technique de la thyrotomie : deux procédés restent en présence, celui de Saint-Clair Thomson qui comprend la section de la trachée et du cartilage thyroïde, celui de Moure où la thyrotomie est faite seule sans trachéotomie.

Plandé fait un court historique de cette intervention ; après avoir été indiquée théoriquement par Desault et Dupuytren, elle fut exécutée pour la première fois par Pelleton en 1788, elle resta longtemps une méthode d'exception et c'est seulement avec Bonnefous, Joubert que ces indications se précisèrent.

La technique a varié beaucoup. Avant l'anesthésie générale, la thyrotomie se faisait en deux séances, dans une première on sectionnait les parties molles précartilagineuses, dans une deuxième, on ouvrait la coque cartilagineuse pour pratiquer l'intervention proprement dite.

Quand l'anesthésie générale apparaît, la technique se perfectionne : beaucoup de chirurgiens font une trachéotomie préalable et l'intervention laryngée dans un deuxième temps ; d'autres pratiquent une trachéothyrotomie en une seule séance.

Jusqu'en 1903, après l'intervention, une canule est laissée à demeure après l'opération ; Moure à cette époque montre que la plaie laryngotrachéale peut être fermée complètement. Mais dès que l'anesthésie locale fait son apparition, la technique se simplifie : elle rend possible la suppression de la canule inter et post-opératoire, Moure réalise le procédé suivant que Plandé décrit minutieusement en l'opposant au procédé de Saint-Clair Thomson.

Le malade a la tête en extension forcée ; elle est maintenue pendant toute l'opération par un aide. L'anesthésie est exclusivement locale ; elle est faite par infiltration des plans, depuis l'os hyoïde, jusqu'au premier anneau de la trachée ; une injection de morphine est faite une demi-heure avant de commencer.

PREMIER TEMPS. — L'incision cutanée est faite rigoureusement sur la ligne médiane de l'os hyoïde au milieu du cricoïde. Les plans superficiels sont sectionnés, la jugulaire antérieure est prise entre deux ligatures, l'hémostase doit être rigoureuse.

2<sup>e</sup> TEMPS. — Dénudation de l'angle saillant du thyroïde. Le cartilage est dénudé largement, mais sans altération du périchondre pour

ne pas troubler sa nutrition ; le thyroïde, le cricoïde et la membrane intercrico-thyroïdienne sont bien mis à nu.

3<sup>e</sup> TEMPS. — La membrane intercrico-thyroïdienne est incisée dans toute sa hauteur et dans toute son épaisseur ; par cette boutonnière est introduite une mèche imbibée de cocaïne au 1/20 : la cavité laryngée est anesthésiée en quelques minutes.

4<sup>e</sup> TEMPS. — Le cartilage thyroïde est sectionné à la cisaille en restant bien sur la ligne médiane, puis les deux ailes thyroïdiennes sont écartées, par des écarteurs à griffes.

Le 5<sup>e</sup> TEMPS devient alors possible : toutes les manœuvres endolaryngées peuvent être effectuées après avoir tamponné la communication pharyngolaryngée pour éviter la chute de la salive et des mucosités dans le champ opératoire.

6<sup>e</sup> TEMPS. — Les lames thyroïdiennes sont suturées par transfixion en deux ou trois points séparés, puis on recoud les membranes thyroïdiennes et cricothyroïdiennes, et superficiellement les plans musculaires cutanés sont fermés à leur tour. Pansement.

Ce procédé a pour avantage de supprimer les risques d'une anesthésie générale et de permettre au malade d'expulser le sang qui envahit la trachée. L'absence de canule pendant l'opération évite de toucher à la trachée et au corps thyroïde. Enfin la suture complète facilite les soins post-opératoires.

A. AUBIN.

W. SYME. — **A propos de quelques affections de la trachée.** *Journ. of Laryng. and Otol.*, vol. XXXIX, 6 juin 1924, p. 305.

Description sommaire de quelques affections de la trachée à l'appui de quelques observations.

L'auteur passe ainsi en revue la tuberculose de la trachée, le cancer primitif, le papillome dont le siège électif semble être la bifurcation, la compression par le voisinage (corps thyroïde, tumeurs œsophagiennes) et enfin les conformations pathologiques de la paroi (trachéocèle, hernie œsophagienne dans la paroi postérieure de la trachée).

QUIRIN.

C. PESCHARD. — **Un cas étrange de corps étranger de l'œsophage avec sténose œsophagienne.** *Bibliotek für Pater. Fasc. I*, p. 76, 1924.

Une femme de 50 ans qui souffrait depuis longtemps de troubles de la déglutition pour les aliments solides se vit soudain dans l'impossibilité d'avaler après avoir dégluti un noyau de cerise. Celui-ci fut enlevé par œsophagoscopie, il était situé au niveau d'un rétrécissement annulaire de l'œsophage, situé à 22 centimètres des arcades dentaires et un peu plus étroit que le diamètre du noyau. L'auteur se demande s'il ne s'agissait pas simplement d'une sténose spasmodique.

PORTMANN et P. FORTON. — **Le syndrome médiastinal en otorhino-laryngologie.** *Revue de Laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, n° 6, p. 177, 1924.

Le syndrome médiastinal constitue une des affections que le spécialiste doit parfaitement connaître, nombreux en effet sont les mala-



des qui viennent consulter pour un trouble qu'ils jugent du ressort de l'oto-rhino-laryngologiste ou qui nous sont envoyés à fin d'examen par les médecins généraux.

Le syndrome médiastinal est constitué par une série de symptômes que seule explique bien l'anatomie du médiastin.

Le médiastin espace irrégulier situé entre le sternum, la colonne vertébrale et les deux faces internes des poumons, est divisé par un plan frontal passant par le hile en deux régions : le médiastin antérieur où sont placés le cœur et les gros vaisseaux du hile, le médiastin postérieur qui renferme principalement l'aorte, l'œsophage, les azygos, le sympathique, les deux vagues et de nombreux ganglions lymphatiques. Ces organes sont entourés de tissu cellulaire dont l'infection constitue la médiastinite. Aussi toute affection de cette cavité close se manifestera par des compressions diverses : symptômes de compression vasculaire pour le médiastin antérieur, symptômes de compression nerveuse et œsophagienne pour le médiastin postérieur, la trachée est atteinte dans l'une ou l'autre de ces variétés.

Pour comprendre le syndrome il faut examiner les symptômes en suivant l'ordre des organes.

La compression de la veine cave donne l'œdème en pèlerine et une circulation collatérale importante. La compression de la sous-clavière produit une diminution d'amplitude du pouls correspondant. La compression des veines pulmonaires provoque des hémoptysies abondantes. La compression nerveuse provoque d'abord de l'excitation puis de la paralysie. L'irritation du récurrent donne des accès de spasme ; sa paralysie, en plus de la voie bitonale se manifeste par des positions variables d'une des cordes. Les excitations des autres nerfs donnent des douleurs à type d'angor, des névralgies intercostales phréniques, des troubles du pouls (X) le syndrome de Horner (sympathique).

La compression de l'œsophage se manifeste par de l'odynophagie et de dysphagie, soit continue ou paroxystique, soit encore élective.

Enfin la trachée et les bronches donnent naissance, quand elles sont comprimées, à du cornage et surtout à des signes pseudo-pleurétiques : sonorité d'un territoire pulmonaire avec abolition de la respiration.

Cette rapide description permet de voir pour quels signes fonctionnels le spécialiste peut être consulté : enrouement, dyspnée, toux, dysphagie ; il pourra être rattaché à un syndrome médiastinal par les signes physiques suivants.

L'inspection fait reconnaître la cyanose, la circulation collatérale, l'œdème, une déformation plus ou moins nette du thorax et de la région cervicale inférieure. La percussion décele par sa matité une masse rétro-claviculaire ou rétro-sternale. L'auscultation montre une pleurésie accompagnant un plasme ou un silence respiratoire absolu.

Il faut ajouter à ces examens la radioscopie, l'œsophagoscopie, l'enregistrement graphique des pouls et l'examen du sang (numération Bordet-Wassermann ; Weinberg et Parvu).

En pratique, en appliquant strictement ces principes, on arrive à poser d'une façon ferme le diagnostic de syndrome médiastinal, mais il est infiniment plus difficile d'en reconnaître l'origine. On peut clas-

ser les causes en : cardio-vasculaire, pleuro-pulmonaire, œsophagienne, tumeur du médiastin.

Les causes cardiovasculaires : en premier lieu il faut citer l'anévrisme de la crosse de l'aorte et plus rarement la péricardite avec épanchement.

Les causes pleuro-pulmonaires : le cancer du poumon et le kyste hydatique du poumon avec leurs signes particuliers : hémoptysie, crachats gelée de groseille et signe stéthoscopique.

Le cancer de l'œsophage à la dernière période peut évoluer comme une tumeur du médiastin soit par envahissement de la tumeur elle-même, soit par adénopathie secondaire.

Les tumeurs du médiastin : l'adénopathie trachéobronchique tient la première place, très souvent tuberculeuse, elle peut aussi être néoplasique, tumeur conjonctive ou tumeur myéloïde, enfin la syphilis médiastinale doit être recherchée et parfois il faudra avoir recours au traitement d'épreuve.

Les quatre observations qui suivent concernent : 1° une adénopathie tuberculeuse qui avait provoqué une paralysie récurrentielle droite, de la dysphagie et du cornage et s'était extériorisée dans la fosse sus-claviculaire ; 2° une médiastinite syphilitique occasionnant des troubles respiratoires et une compression du tronc brachio-céphalique droit, amélioration par le traitement anti-syphilitique, Bordet-Wassermann positif ; 3° une adénopathie tuberculeuse avec compression de la veine cave supérieure, une paralysie récurrentielle et des troubles dysphagiques ; 4° une adénopathie tuberculeuse avec syndrome médiastinal fruste, la nature en a été reconnue par une biopsie à distance.

Ces observations montrent que les malades porteurs de lésions médiastinales sont venus consulter le spécialiste pour un trouble relevant du domaine exclusif de l'oto-rhino-laryngologie : ce syndrome a donc pris droit de cité dans la spécialité, il n'est pas resté l'apanage de la médecine et de la chirurgie générale.

A. AUBIN.

C. WILLIAMS et B. STEINBERG. — **La gomme de la glande thyroïde.** *Surg. Gyn. and Obstetr.*, t. XXXVIII, juin 1924, n° 6, p. 781.

Ayant eu l'occasion d'observer deux cas de syphilis tertiaire de la thyroïde et qui tous deux ne furent diagnostiqués que par le contrôle histologique, les auteurs font une rapide revue des cas qui leur sont connus. Cette lésion syphilitique rare affecte plus souvent les femmes que les hommes. Elle peut être une manifestation acquise aussi bien qu'héréditaire. Les symptômes sont ceux dus à la pression mécanique de la masse. Il n'y a en effet généralement pas de troubles de la fonction thyroïdienne. Dans les cas où ils existent, ils se traduisent habituellement par un syndrome myxœdémateux, rarement sous forme d'hyperthyroïdisme. Le diagnostic le plus difficile est celui avec le cancer, avec lequel cette manifestation est très souvent confondue. Mais le pronostic est bon, pourvu qu'on institue un traitement intensif.

P. AUBRIOT. — **Origine amygdalienne de certains goitres récents.** *Rev. méd. de l'Est*, t. LII, n° 8, p. 262.

Après une revue rapide des complications dues à l'infection chronique des amygdales, l'auteur attire l'attention sur l'apparition d'un « véritable goitre aigu » au cours d'une angine banale, suivant l'évolution de cette angine et disparaissant presque totalement avec elle.

Pour lui ces cas de goitres aigus seraient l'apanage des gens à corps thyroïde non absolument normal et en état permanent de moindre résistance.

Aubriot en rapporte une observation et conclut à la dépendance étroite des lésions amygdaliennes dans certains cas de congestion thyroïdienne, et estime qu'on pourrait peut-être comprendre dans son étiologie le goitre amygdalien.

P. MOUNIER.

RATEAU. — **Contribution à l'étude de l'adénite génienne.** *Revue de Laryngologie*, n° 8, 1923, p. 331.

Les ganglions géniens sont au nombre de 1 à 3 et groupés le long des vaisseaux faciaux, ils ont pour territoire la région nasogénienne, l'espace nasolabial, la joue, la région buccinato-commissurale et la région mandibulaire externe ; leurs vaisseaux efférents descendent vers les régions sous-maxillaire et sous-angulaire. Ils comprennent deux groupes, le groupe buccinato-commissural et le groupe sous-maxillaire, et sont de la grosseur d'un pois ou d'un grain de blé. Rateau rapporte une observation intéressante, où une adénite nasogénienne simula l'ostéopériostite du maxillaire supérieur ; le diagnostic étiologique était difficile à faire, la nature ganglionnaire de la tuméfaction a été reconnue, un sillon profond séparant la masse tumorale de la face antérieure du maxillaire supérieur.

La voie d'abord de ces adénites suppurées est la voie vestibulaire.

A. AUBIN.

WEIL et BERNEY. — **Les manifestations ganglionnaires de l'hérédo-syphilis.** *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 février 1924.

Dans cet article, les auteurs montrent que les adénopathies attribuées à la syphilis héréditaire précoce se présentent sous la forme de petits ganglions ; celles de la syphilis héréditaire tardive se présentent sous deux formes : l'une assez commune de la région cervicale sous forme de masse dure ou d'abcès froid ou d'ulcération ; l'autre forme est réalisée par un syndrome qui rappelle l'adénie (forme décrite par Weil).

Cependant, le diagnostic de ces adénopathies est difficile.

SARGNON.

DUFOUT. — **Le pneumocoque et les néphrites aiguës de l'enfance.** *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 avril 1924.

Dans cet article, l'auteur rapporte, entre autres, un cas avec angine pseudo-membraneuse, un cas avec otite, un cas avec angine simple

et otite double à pneumocoques. La grippe, l'amygdalite, l'otite et les infections rhino-pharyngées avec pneumocoques jouent un très grand rôle.  
SARGNON.

PILLON. — **Le lupus vulgaire et la radiothérapie.** *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mai 1924.

Comme procédé exclusif de traitement, les rayons X sont employés, soit à petites doses répétées, soit à doses massives uniques. La méthode de la dose massive unique n'est pas encore au point ; elle laisse une trace trop visible, trop profonde.

La Radiothérapie est surtout utile comme adjuvante d'autres procédés thérapeutiques, surtout des scarifications. Il vaut mieux, en pareils cas, préférer le procédé de la dose unique qui prépare le terrain aux scarifications.  
SARGNON.

---

## VARIÉTÉS

---

### La peur obsédante de rougir.

D'après P. HARTENBERG.

Le volume si documenté et si pratique de Paul Hartenberg (*Les Psychonévroses anxieuses et leur traitement*) ne saurait passer inaperçu des spécialistes. Je n'en veux comme preuve que l'étude de la peur obsédante de rougir que nous avons eu tous à soigner. Ici l'auteur fait de larges emprunts cliniques à Pitres et Regis.

Pour P. Hartenberg il y a 4 degrés de rougeur émotive, la rougeur banale ou éreuthose, la rougeur exagérée et intempestive ou éreuthopathie, la rougeur intense avec appréhension, ou éreuthophobie, enfin l'obsession de la rougeur.

Ily a une « base organique de l'éreuthophobie » ; c'est un état anormal du cœur et des vaisseaux avec éréthisme cardiaque, dilatation des artères carotides du cou, etc...

Un incident fortuit crée l'association entre la rougeur et l'émotion anxieuse. Le malade sent venir la crise de rougeur et ressent dès le début un état de trouble et d'angoisse inexprimable ; la crise varie selon la cause provocatrice, mais se répète dans les circonstances les plus élémentaires de la vie : chez le coiffeur, achat dans un magasin, repas pris au restaurant, conversation banale avec crainte d'allusion souvent imaginaire, etc...

Peu à peu, le sujet s'inquiète, se juge inférieur, souffre terriblement d'une angoisse perpétuelle qui peut le conduire aux pires extrémités.

Au point de vue thérapeutique, « la peur de rougir » est unique-



ment engendrée et entretenue par les crises de rougeur; en supprimant ces dernières, on guérira l'obsession. En raison de cette conception très personnelle de P. Hartenberg, il faut diminuer la réplétion artérielle, réduire les boissons, user d'adrénaline, etc..., et lorsque le sujet commence à se rendre compte qu'il ne rougit plus aisément, il perd l'habitude d'y penser; c'est le début de la guérison.

G. ROSENTHAL.

---

## N É C R O L O G I E

---

### CHARLES GORIS

L'oto-rhino-laryngologie belge et française est en deuil. Elle vient de perdre l'un de ses membres les plus estimés, le Dr Charles Goris, mort subitement le 10 septembre dernier.

L'œuvre scientifique de Charles Goris est considérable; Goris apporta un grand développement à la chirurgie de la tête et du cou. Ses travaux remarquables lui valurent successivement l'honneur de présider la Société belge d'Oto-Rhino-Laryngologie, la Société belge de Chirurgie, la Société Médico-chirurgicale du Brabant. Il fut nommé Officier de l'Ordre de Léopold; et le 11 juillet 1920, il fut l'objet d'une inoubliable manifestation à l'occasion de son élection comme membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique.

La droiture de son caractère lui valut la sympathie de tous ses confrères; et c'est avec une profonde émotion que ses nombreux amis, ses collègues et ses malades reconnaissants lui rendirent un dernier hommage.

Nous prions sa veuve éplorée et ses enfants, parmi lesquels notre confrère M. le Dr Carlos Goris, continuateur des nobles traditions paternelles, de croire à l'expression de nos condoléances émues.

Dr HEYNINX.

---

*Le Gérant : P. VIGOT.*

# MEMOIRES

---

## SYNCOPE AVEC CONVULSIONS APRÈS LES OPÉRATIONS RHINO-LARYNGOLOGIQUES

Par F. J. COLLET

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

---



La syncope n'est pas rare au cours des opérations rhinologiques; l'apparition de convulsions est plus exceptionnelle et mérite d'être mentionnée.

Le premier cas que j'ai observé concernait un homme d'une cinquantaine d'années, passablement alcoolique, que j'opérais sommairement d'une déviation de la cloison après badigeonnage à la cocaïne (il remonte à une vingtaine d'années). Au moment où j'achevais de scier la cloison survint une syncope avec révulsion des globes oculaires en haut, torsion de la commissure labiale, mouvement de diduction des mâchoires, respiration stertoreuse, mouvements convulsifs des membres supérieurs les avant-bras fléchis et les poings fermés; cet état ne dura pas plus d'une minute: il n'y eut aucune suite fâcheuse.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une jeune femme très impressionnable, chez laquelle je pratiquais une séance d'électrolyse pour éperon de la cloison nasale, dans la position assise très renversée; le rhéostat fut actionné très lentement et l'aiguille marquait à peine deux milliampères quand survint une syncope avec ronflement, accompagnée de quelques secousses dans la face et dans les avant-bras, poings fermés. Les convulsions ne durèrent que peu de secondes, mais la perte de connaissance se continua pendant deux heures sous la forme de lipothymie. Si, dans le premier cas, la cocaïne aussi bien que la douleur pouvait être incriminée, ici la cause de la syncope fut surtout l'émotion: j'appris plus tard que cette jeune femme avait eu, à l'occasion d'un accident dont elle avait été témoin, une syncope prolongée.

Chez une fillette de 12 ans, déjà opérée de pied-bot et, incomplètement de végétations adénoïdes, je pratiquai l'adénotomie sans incident opératoire; pendant les quinze heures suivantes survinrent plusieurs vomissements de sang abondants pour lesquels on ne crut pas devoir m'appeler : quand on s'y décida je trouvai l'enfant très pâle, elle venait d'avoir encore une hématomèse. En raison du mauvais éclairage je l'assis près de la fenêtre pour examiner son pharynx; à ce moment, en raison du passage à la station assise, elle prit une courte syncope, avec des convulsions des membres supérieurs et inférieurs, qui céda rapidement dès que fut reprise la position horizontale; il n'y eut pas d'émission d'urines. L'hémorragie nécessita un tamponnement postérieur et une injection de sérum artificiel. Ici donc la syncope ne fut consécutive ni à la douleur ni à la cocaïne, mais seulement à l'hémorragie : on sait que les convulsions ne sont pas rares chez les animaux saignés à blanc.

Chez un homme de 32 ans, des angines répétées sur une hypertrophie énorme des amygdales m'obligèrent à pratiquer l'amygdalotomie : elle fut précédée de deux badigeonnages avec une solution de cocaïne à 10 % : la quantité utilisée ne dut pas atteindre 10 centigrammes, encore la plus grande partie de la solution anesthésique fut-elle rejetée par expuition : l'ablation faite au morceleur de Ruault fut suivie d'une perte de sang très normale quicéda vite à des gargarismes froids. L'hémorragie était arrêtée depuis quelques minutes quand l'opéré changea de couleur : l'infirmier qui remarqua sa pâleur l'aida à s'étendre sur un lit et m'appela; je constatai alors une pâleur prononcée, une respiration stertoreuse avec écume aux lèvres, des mouvements convulsifs *violents* du tronc et des membres supérieurs aussi bien qu'inférieurs, qui durèrent *plusieurs minutes*. Au bout de cinq minutes au moins le malade revint à lui, couvert de sueur, les yeux hagards, le pouls un peu accéléré et plutôt un peu affaibli, la face un peu plus pâle qu'avant l'opération; il ne savait où il était, ne se rappelait nullement les circonstances qui avaient précédé l'accident et resta près d'une heure dans cet état d'obnubilation après quoi il put se lever et marcher; on n'a pas remarqué d'émission d'urine; il a déclaré ne pas avoir envie de dormir. Examiné le lendemain, l'opéré ne présente pas de trace de morsure de la langue; interrogé, il avoue avoir eu une crise comitiale il y a un an et quelques autres auparavant. Je ne crois pas qu'il s'agisse d'une crise comitiale d'emblée, déterminée par l'opération : le début a été trop lent pour cela; il y a eu d'abord

défaillance, puis syncope, et, à l'occasion de celle-ci, crise convulsive.

Voici un cas où les convulsions ont été déclenchées par une cause différente. J'opérais il y a quelques années dans mon service, sous-anesthésie générale au chlorure d'éthyle, un enfant d'une dizaine d'années porteur de végétations adénoïdes : le curetage rapidement terminé et la tête penchée latéralement sur un seau pour évacuer le sang provenant de l'hémorragie, on constata de l'apnée au lieu des cris habituels au réveil, puis tout d'un coup la respiration reprit bruyamment, en même temps que les membres étaient agités de convulsions : elles durèrent moins d'une minute, ainsi que la respiration stertoreuse, puis le petit malade revint à lui et demeura un temps obnubilé.

Dans les quatre premiers de ces cas il y eut syncope et convulsions, dans le cinquième convulsions ; les circonstances pathogéniques ne sont pas aussi différentes qu'elles le paraissent au premier abord : il n'y a pas à opposer l'anémie cérébrale dans les quatre premiers cas à la congestion cérébrale produite par le chlorure d'éthyle dans le dernier. L'anémie cérébrale produit l'*anoxhémie* (ce n'est pas l'excès d'anhydride carbonique qui excite les centres, il est plutôt hypnotique et sédatif, c'est l'anoxhémie ainsi que l'a établi P. Bert) : les convulsions sont dues à l'anoxhémie ; que la syncope succède à la douleur ou à la vaso-constriction par la cocaïne (Obs. I), à l'émotion (Obs. II), à l'hémorragie (Obs. III), à la douleur, ou à la cocaïne et à l'émotion (Obs. IV), l'anémie cérébrale, résultant de la syncope, a entraîné l'anoxhémie et les convulsions. Dans l'observation V, c'est l'apnée, la suppression de l'hématose sous l'influence de l'anesthésie, sous l'influence de la pression de l'abaisse-langue au fond de la gorge entravant la respiration, qui a entraîné l'anoxhémie et par son intermédiaire les convulsions.

Je ne m'arrête pas à l'hypothèse d'une action réflexe, pas même pour le premier cas (l'accident survint à la fin de l'opération), ni pour le deuxième (la malade a dit ne pas avoir souffert et le courant électrique était trop faible pour déterminer un accident) : dans le quatrième cas l'accident est survenu trop longtemps après l'opération, dans le troisième le lendemain ; dans le cinquième c'est évidemment l'asphyxie, mécanique ou déterminée par le chlorure d'éthyle, qui est en cause : je n'ai jamais eu l'occasion d'observer une autre fois cette complication.

Pourquoi dans les quatre premiers cas la syncope, dans le cinquième l'apnée, se sont-elles accompagnées de convulsions, par



opposition aux très nombreuses syncopes sans convulsions qu'on a l'occasion d'observer dans la pratique rhinologique? La cause doit en être cherchée dans la prédisposition individuelle, et aussi probablement dans l'éthylisme pour le premier cas. J'incriminerais volontiers la cocaïne, poison convulsivant, si ce facteur n'était absent dans les observations II et III; dans le troisième c'est l'hémorragie qu'il faut incriminer avant tout, enfin le malade de l'observation IV était manifestement épileptique. J'ai consulté, pour me documenter, un dentiste expérimenté, il m'a dit, sur d'assez nombreuses syncopes, n'en avoir observé que deux avec convulsions: pour l'une d'elles l'action de la cocaïne pouvait être éliminée avec certitude, l'émotion étant seule en cause.

Les conclusions pratiques à dégager de ces observations ne seront pas toujours d'une application très facile: il ne faut pas pratiquer sans aide et sans témoin, les opérations même les plus simples, de la rhinologie; il est bon, surtout si on doit utiliser l'anesthésie générale, de s'informer des antécédents, et au besoin de recourir à la bromuration préventive.

---

# HÉMIATROPHIE LINGUALE D'ORIGINE BULBAIRE ET PARA-BULBAIRE ASSOCIÉE A LA PARALYSIE DES AUTRES NERFS BULBAIRES

Par le Dr D. J. **VASILIA** (de Bucarest).

Travail du service du Professeur G. MARINESCO, Hôpital Colentina, Bucarest).

L'hémiatrophie linguale associée surtout à la paralysie des derniers nerfs craniens a été signalée pendant la guerre. En effet, les blessures de guerre, par éclat d'obus, ayant leur siège soit dans la partie supérieure de l'espace latéro-pharyngien (1), soit dans la partie latérale de la nuque (2) ou, enfin dans la région postérieure et latérale du cou de même que dans l'espace rétro-parotidien postérieur (3) ont entraîné presque toujours la paralysie des derniers nerfs craniens, associée ou non à la paralysie du sympathique du même côté. En dehors de lésions de guerre nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas similaires, dont l'étiologie parfois obscure se rattacherait plutôt à diverses infections et surtout à la syphilis.

L'association, parfois curieuse, des lésions et surtout la participation en bloc de toutes les dernières paires des nerfs craniens nous ont décidé de publier nos cas.

OBSERVATION I (Service du professeur Marinesco, Hôpital Colentina, Bucarest). — M. Sc., âgé de 47 ans, entre dans le service en présentant du vertige, de la céphalée et des troubles de la marche. Aucune maladie dans les antécédents du malade qui nie la syphilis. Sa femme n'a pas eu de fausses-couches. La maladie actuelle a débuté, en 1915,

1. LANNOIS et JOUTY: Un cas d'hémiplégie des quatre derniers nerfs craniens. Soc. Méd.-chir. militaire de la 14<sup>e</sup> région, 15 mai 1917. *Lyon médical*, sept. 1917.

2. GUISEPPE VIDONI: Syndrome des derniers nerfs craniens (glosso-pharyngien pneumogastrique, spinal, grand hypoglosse) et du sympathique cervical. *Gazzetta di Psichiatria*, nos 7 et 8, 1917.

3. MAURICE VILLARET: Syndrome de l'espace rétro-parotidien postérieur. Réunion médico-chirurgicale de la 16<sup>e</sup> région, 9 octobre 1918. *Montpellier médical*, p. 410-416, 1<sup>er</sup> novembre 1918.

par du vertige, de la céphalée, des défaillances et des fourmillements dans les membres inférieurs. Deux jours après il ressentit des picotements dans le globe oculaire droit, la paupière supérieure tombe et l'œil devie en dehors. Le traitement mercuriel, administré à l'hôpital Coltea, fit disparaître le vertige, qui reparut au mois de décembre. La réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien était alors positive. En janvier 1921, apparurent des troubles de la marche, de la céphalée, des fourmillements dans les membres supérieurs et des douleurs lombaires.

Etat actuel : vertige, faiblesse des jambes, la paupière droite tombée peut être relevée avec difficulté. Le front est plus plissé du côté droit et pendant l'effort que le malade fait pour relever la paupière droite, on voit que le frontal se contracte. L'œil dévié en dehors prouve qu'il s'agit d'une paralysie du moteur oculaire commun et du droit interne. Les pupilles sont inégales, la droite étant plus grande; elles ne réagissent plus à la lumière ni à l'accommodation.

Si le malade couvre de sa main gauche l'œil gauche, on observe tout de suite que la fente palpébrale droite s'élargit d'un coup et que le globe oculaire droit s'arrête sur la ligne médiane. Pendant cet intervalle de temps l'œil gauche exécute un mouvement en dehors et l'abduction est un peu réduite. L'ouïe est conservée des deux côtés. Il y a une hémiatrophie de la moitié droite de la langue, dont la pointe est déviée, vers le côté droit. La consistance de la langue est diminuée, il existe des sillons et des tremblements fibrillaires du côté droit. On note l'absence des dents incisives et des molaires du maxillaire inférieur. Les dents sont tombées sans douleur.

Le réflexe pharyngé est conservé. Diminution du goût à droite; le malade ne perçoit pas le doux.

OBSERVATION II (Service du professeur G. Marinesco). — M. B..., âgée de 40 ans, blanchisseuse, entre dans le service pour des troubles de la déglutition, de la phonation, accompagnés d'hémiatrophie de la langue. Mariée à 20 ans, elle a eu une fausse-couche. Elle a abusé d'alcool. La maladie actuelle a débuté au mois de septembre 1920 par une céphalée intense et continue. Parce que la malade présentait en même temps des plaques muqueuses anales et vulvaires on lui a institué un traitement mercuriel. Depuis lors la malade commence à perdre la voix. En ce qui concerne l'état actuel nous constatons qu'elle accuse de la céphalée, surtout nocturne. Elle présente en outre une adénopathie cervicale et sous-maxillaire gauche, asymétrie faciale, inégalité pupillaire, la gauche étant plus dilatée; les pupilles réagissent d'une façon lente à la lumière et à l'accommodation. Pas de nystagmus. Il existe une hémiatrophie gauche de la langue dont la pointe est déviée vers la gauche. La langue présente en outre des tremblements fibrillaires. Le pharynx présente, à droite, le mouvement de rideau. Le réflexe pharyngé est aboli. L'examen du larynx nous permet de constater qu'il existe une paralysie de la corde vocale gauche. La voix est nasonnée, éteinte et rauque. Il apparaît de temps en temps des troubles de la déglutition.

Le sterno-cleïdo-mastoïdien gauche et le trapèze du même côté sont atrophiés.

Aucun trouble de la sensibilité, de la motilité et des réflexes. Le

pouls = 112. Le réflexe oculo-cardiaque = 104. La respiration est difficile, légère dyspnée = 48. En ce qui concerne les troubles psychiques nous notons qu'il existe de l'anxiété, de l'insomnie et de l'irritabilité. La ponction lombaire a été négative. Il s'agit, par conséquent d'une paralysie des quatre dernières paires des nerfs crâniens, d'origine probablement centrale et de nature spécifique.

CONCLUSIONS : 1° L'hémiatrophie linguale existe en dehors de lésions traumatiques et peut s'associer à la paralysie des autres nerfs crâniens.

2° La lésion est le plus souvent définitive et siège dans les centres nerveux ou à côté de ceux-ci (bulbaire et parabolbaire), dans l'espace rétro-parotidien, le long des nerfs crâniens, etc.

3° Le plus souvent c'est la syphilis par ses déterminations vasculaires surtout qui produit les troubles que nous avons décrits.

*L'hémiatrophie linguale au cours du tabès* constituant un phénomène unilatéral on peut comparer entre eux les noyaux bulbaires. C'est Charcot qui a attiré l'attention sur la plupart des troubles trophiques, sur l'hémiatrophie de la langue au cours du tabès. La question a été reprise et continuée par Gilbert Ballet. Parmi les principales observations on cite celles de Raymond et Artaud, dont l'examen histologique très soigné a été fait par Mathias Duval. Dans la thèse d'Arnaud (*De l'hémiatrophie de la langue dans le tabès dorsal. Thèse de Paris, 1885*), on trouve des descriptions cliniques. Pierre Marie a étudié les pièces provenant du cas observé dans le service de Charcot par Ballet et Arnaud. P. D. Koch de Copenhague et Pierre Marie ont fait l'examen histologique du même cas.

L'hémiatrophie linguale n'est pas extrêmement rare, son début est lent, insidieux, sans aucun phénomène inflammatoire, de sorte que les malades n'observent pas leur affection et c'est le médecin qui la découvre par hasard. Lorsque la langue est tirée, elle présente une surface courbe ayant la forme d'un croissant. La plus petite des courbes représente la moitié atrophiée. La moitié malade est ratatinée, affaissée sur un plan inférieur à celui de la moitié normale, elle est pourvue de sillons plus ou moins contournés, ressemblant à des circonvolutions atrophiées. La pointe de la langue est déviée vers la partie atrophiée. Quand on prend la langue entre les doigts (J. Hutchinson) on perçoit que, pendant les mouvements qu'elle exécute, la moitié atrophiée ne devient pas ferme comme fait la moitié normale. Tous les mouvements sont possibles excepté celui de lui donner la forme d'une gouttière.



Après avoir exposé ces faits on comprend bien pourquoi il n'existe pas dans cette affection de troubles appréciables de la parole, de la mastication et de la déglutition. L'absence de ces troubles fait que les malades ignorent leur affection. Dans certains cas on a remarqué, dans la moitié atrophiée, des légères contractions fibrillaires.

L'hémi-paralysie du voile du palais coïncide avec la paralysie de la corde vocale inférieure correspondante.

La marche de l'affection est bénigne, progressive quoique limitée. L'hémi-atrophie ne se transforme jamais en une paralysie labio-glosso-laryngée. Par conséquent elle n'offre pas de graves troubles bulbaires qui mettent la vie du malade en péril.

En outre, on rencontre l'hémi-atrophie de la langue dans : 1° La paralysie générale progressive et 2° au cours de la syphilis à localisation bulbo-protubérantielle. Pierre Marie et P. D. Koch ont attiré l'attention sur ce point; ces auteurs étaient précédés dans cette voie par Gougenheim et Leudet.

En ce qui concerne les lésions bulbaires on constate que le noyau principal de l'hypoglosse, du côté de l'hémi-atrophie, est plus réduit de volume que celui du côté opposé, par le fait de la disparition de certaines cellules. Le noyau accessoire du même côté présente des lésions analogues (M. Duval, Raymond, Westfal, Koch, P. Marie). Les fibres afférentes décrites dans le noyau de l'hypoglosse ne sont pas touchées. Les fibres radiculaires de l'hypoglosse sont atrophiées, et le tronc du nerf même, du côté malade, est également atrophié. Il n'y a aucune lésion du pneumogastrique et du spinal. D'après P. Marie et Koch on peut expliquer cette absence de lésions, d'une manière différente de celle de H. Jackson et Henschen : le larynx et le voile du palais reçoivent des fibres provenant de l'hypoglosse et des fibres provenant du pneumogastrique et du spinal. Pour les yeux, la même chose.

CONCLUSIONS : 1° L'hémi-atrophie linguale existe en dehors des lésions traumatiques et peut s'associer à la paralysie des autres nerfs craniens.

2° La lésion est le plus souvent définitive et siège dans les centres nerveux ou à côté de ceux-ci (bulbaire et parabulbaire), dans l'espace rétro-parotidien, le long des nerfs craniens, etc.

3° Le plus souvent c'est la syphilis, par ses déterminations vasculaires surtout, qui produit les troubles que nous avons décrits.

---

# LES GRANDS SYNDROMES PHYSIOTHÉRAPIQUES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES ET INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

De l'exercice de respiration à la culture physique.

Par Georges ROSENTHAL

Docteur ès Sciences, ex-chef de clinique à la Faculté (1).

---

« La cure de gymnastique respiratoire est le complément normal de l'ablation des végétations adénoïdes comme de la cure de tout obstacle à la respiration nasale ».

Cette loi que nous avons posée en juillet 1903 dans le *Journal de physiothérapie* d'Albert Weil, loi devenue rapidement classique, est le fil conducteur du médecin dans la conduite qu'il doit tenir envers le jeune adénoïdien, ou mieux, envers le jeune rhino-adénoïdien et le faux adénoïdien.

Mais avant d'entrer dans le cœur du problème physiothérapique, il nous faut vous préciser les expressions de notre préambule ; nous allons le faire en indiquant les idées directives, en posant quelques principes généraux d'application évidente à la question traitée aujourd'hui.

Nous limitons naturellement cette étude aux dangers mécaniques que comportent les végétations adénoïdes ; elles entraînent progressivement la diminution de l'incursion respiratoire, conséquence nécessaire du mode buccal de respiration, puis l'atrophie du thorax musculaire et osseux, d'abord relativement par rapport au bassin et aux membres, ensuite de valeur absolue, puis les zones d'obscurité élective du poumon, zones diffuses ou limitées aux sommets, danger d'autant plus grand de contamination bacillaire que le sujet garde les apparences de la bonne santé et, sauf pour le médecin physiothérapeute, passe sans transition de l'état de santé bactério-anatomique à l'état de tuberculisation. Les zones d'insuffisance respiratoire du sommet de l'adulte recon-

naîtront le plus souvent cette origine de respiration vicieuse de l'adolescence.

Les végétations sont la source de maintes infections de l'oreille moyenne bien décrites dans les traités. Il y a longtemps que Gallois nous a appris que la troisième amygdale était le point de départ de multiples infections aiguës ou torpides. Faut-il rappeler toute l'importance attachée par Dopter à l'adénoïdite postérieure dans la méningite cérébro-spinale ? Nous-même avons proposé dans les infections générales sans localisation, de faire par prélèvement à la tige courbe un cyto-diagnostic des adénoïdites postérieures aiguës (2). Malheureusement l'ablation chirurgicale des végétations, si elle met à l'abri des complications infectieuses, ne peut dans tous les cas suffire à établir le mode nasal de la respiration. Pendant des années, le sujet a non seulement insuffisamment respiré en quantité, mais il a respiré vicieusement, puisqu'il a respiré par la bouche, il continue à respirer ainsi lorsque la voie nasale lui est rendue. Par le mécanisme de la conservation de l'habitude vicieuse, sur lequel nous insistons depuis vingt ans et dont le corollaire est la nécessité d'une éducation respiratoire méthodique ; en raison de la permanence de la respiration buccale, du jeu insuffisant des côtes, de l'abaissement trop faible du diaphragme (notre insuffisance diaphragmatique (1903) sur laquelle le professeur Sergent revenait récemment), sont survenus tous les troubles déjà signalés qui ne seront arrêtés, limités, qui ne régresseront que par une direction scientifique de la cure physiothérapique. Comme nous l'avons montré, la cure sera d'autant plus efficace que les lésions seront restées fonctionnelles, que des atrophies musculaires, des ankyloses osseuses ne seront pas survenues, et surtout que l'inertie du sommet n'aura pas laissé germer le bacille inhalé renvoyé à l'apex par la toux.

a) Il n'y a nulle opposition entre la physiothérapie et la médecine chimiothérapique ou chirurgicale ; il y a simplement des indications cliniques à remplir qui appellent selon le stade de l'affection la manœuvre physiologique, la prescription chimique ou l'intervention opératoire.

Antérieurement à nos recherches, Marcel Natier, dans son périodique *La Parole*, avait entrevu toute la question si importante de la cure physique des végétations ; il eut le tort d'opposer les deux thérapeutiques, et j'eus à montrer, fait de toute évidence, qu'avant la séance de respiration qui développe le thorax, il faut assurer le passage de l'air par l'intervention opératoire.

b) Il est illogique, avec Marcel Natier et plus tard Castex, d'opposer le sujet adénoïdien, c'est-à-dire l'enfant porteur de végétations adénoïdes au faux adénoïdien, en désignant par ce mot l'enfant porteur d'un obstacle anatomique à la respiration nasale, comme crête de cloison, hypertrophie des cornets, etc... Il est logique, selon nous, de réunir sous le nom de rhino-adénoïdiens tous les sujets porteurs d'un obstacle anatomique à la respiration nasale, en réservant le nom de faux rhino-adénoïdien à l'enfant qui, malgré l'absence de tout obstacle anatomique à la respiration a perdu la respiration nasale seule physiologique. L'aboulisme de respiration de Lermoyez est un faux adénoïdien. Notre ami de Parrel a bien voulu soutenir cette classification.

Cette deuxième proposition doit être complétée par le corollaire suivant : Les sujets atteints d'ozène (Mahu, Robert Foy) par suite de la perte de la sensibilité nasale au contact de l'air inspiré, perdent le mode nasal de la respiration. Malgré leurs fosses nasales trop larges, en raison de leur insensibilité pathologique, ils sont des respirateurs buccaux ; il sera nécessaire de leur rendre la sensibilité nasale par le traitement de l'ozène, en particulier par les insufflations d'air chaud, avant le traitement physiothérapique proprement dit.

On doit au stomatologiste Robin (1) d'avoir décrit dans le bas âge le rôle de la glossoptose, c'est-à-dire de l'obstruction du rhino-pharynx infantile par la langue qui se trouve à l'étroit dans la bouche si les maxillaires n'ont pas l'un par rapport à l'autre, leurs rapports normaux (pro et opisthognathisme). Il sera donc indispensable de corriger la glossoptose infantile avant toute autre manœuvre. Ce point est d'autant plus important que le fait se rapporte à des enfants en bas âge qui ne bénéficiaient pas de l'enseignement respiratoire méthodique. Robin a permis de reculer au premier âge la cure de l'insuffisance respiratoire. Sa technique mérite une étude spéciale que nous ne pouvons aborder aujourd'hui.

Le problème est donc ainsi bien posé : tout enfant qui dort la bouche ouverte et qui paraît présenter un retard dans le développement du thorax, sera examiné au point de vue rhino-pharyngien et soumis, s'il y a lieu, ou si l'âge le permet, aux diverses interventions nécessaires, comme à tout traitement nasal de désinfection nécessaire ou à toute cure de rétablissement de

(1) *La Semaine dentaire*, 16 avril et 16 novembre 1922. Académie de Médecine, 11 juin 1923.



la sensibilité pituitaire. C'est là la première phase ; il ne saurait y avoir de contestation sur ce point ; mais il peut y avoir certaines difficultés d'exécution de ce programme.

Car s'il est facile et simple d'enlever les végétations et les amygdales, même à un nourrisson, il n'est pas toujours sans ennui de toucher à un cornet ou à une cloison avant la puberté, de crainte d'effondrement du nez et des médiocres résultats que pourraient donner dans la correction de cet effondrement infantile les techniques récentes, comme celles de Bourguet, d'ailleurs si intéressantes chez l'adulte.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'avant toute intervention chirurgicale sur la face, une enquête devra être faite sur la défense du sujet contre l'hémorragie. Les commémoratifs, en particulier les renseignements dentaires, au besoin l'étude du temps de saignement (épreuve de Duke) ou celle du temps de coagulation (voir le livre de P.-E. Weill) feront mettre à part l'hémophile qui sera soumis aux injections répétées de sérum (P.-E. Weill) et l'hémogénique, selon la dénomination que P.-E. Weill a acceptée sur notre proposition, qui, s'il est nécessaire, recevra une petite transfusion du sang (voir nos articles du Concours Médical, novembre à janvier 1924, etc...)

Quant à l'enfant qui ne respire pas par le nez en raison d'un obstacle anatomique, mais qui est trop jeune pour subir l'intervention nasale nécessaire, le médecin se contentera d'un traitement médical préalable. L'héliothérapie (voir le livre de Dufes-tel), la cure marine, les cures de nos stations hydrominérales comme La Bourboule, Saint-Honoré, Cauterets, Uriage ou Luchon, Allevard, etc..., auront comme résultat d'améliorer santé générale et situation locale de façon à atteindre le moment de la vraie cure : opératoire d'abord, physiothérapique ensuite.

## II

Donc, nous voici maintenant en face d'un adolescent qui dort la bouche ouverte, ronfle la nuit et dont le thorax, peu musclé, contraste souvent avec le développement normal du bassin et des membres pour réaliser le type clinique décrit par nous sous le nom de dissociation thoraco-corporelle. Quels vont être les éléments cliniques d'examen qui vont nous permettre d'établir un bilan exact de la situation ? Car le physiothérapeute doit partir de documents précis pour régler sa conduite, maintenir ou inter-

rompre la cure, puis pour considérer son rôle comme terminé. Vous noterez par conséquent des phénomènes généraux et des phénomènes locaux. Tout d'abord un examen médical sévère vous assure que l'adolescent n'est ni un tuberculeux, ni un cardiaque, non que la physiothérapie soit annulée de ce fait, mais parce que le problème est un problème vraiment spécial (notre communication à la Société de Thérapeutique 1906) dans le cas d'infection des bacilles de Koch et que la physiothérapie du cardiaque, si utile pour soulager le cœur périphérique, l'Huchard, demanderait des développements spéciaux.

Si le sujet est sain, vous notez le poids, la taille, le périmètre thoracique (que vous mesurerez avec notre centimètre symétrique gradué de 1 à 75 de part et d'autre de son milieu) qui vous donne la mensuration anatomique et dès que le sujet respire la mesure de l'augmentation des deux côtés (indice de Hirtz). Vous reproduisez sur graphique le tour de poitrine pris au niveau du sternum; c'est la section thoracique de mon regretté maître, le professeur Maurel de Toulouse.

Dans l'étude systématique des adolescents, j'ai appelé l'attention sur deux signes cliniques, l'un général, l'autre local, qui, malgré leur grande simplicité, m'ont donné des renseignements d'une grande importance.

Qu'un de vos jeunes adolescents accuse un amaigrissement, comparez son poids tout d'abord à celui d'un sujet de sa taille, mais surtout au poids le plus élevé qu'il ait pesé antérieurement. La notion du poids antérieur maximum est capitale; car en dehors de faits spéciaux, vous ne devez abandonner votre cure que lorsque ce poids aura été récupéré. La guérison bactériologique n'équivaut en aucun cas au retour vrai à la santé.

Souvent en terminant un examen tout à fait favorable, vous ne relèverez qu'un seul fait: le diamètre transverse maximum du thorax est inférieur au diamètre transverse maximum du bassin. Ce fait sans valeur chez la fillette est une anomalie chez le jeune garçon chez qui les deux diamètres doivent être sensiblement égaux. Il est le premier pas vers notre dissociation thoraco-corporelle dont la gravité vient de ce que, pour employer une métaphore toute moderne, il indique un moteur (cardiopulmonaire) insuffisant pour la carrosserie (masse musculo-viscéro-osseuse). Un thorax insuffisant crée un surmenage et un malmenage pulmonaire; il créera une disposition à la tuberculose, non qu'il faille avec Pescher (Société de Médecine de Paris, mai 1924) ramener le problème de la tuberculose à un problème physique, mais parce que la lutte contre la

tuberculose en raison de l'ubiquité du bacille et de la constante infection infantile, est avant tout fonction du réveil possible de l'infection latente, comme l'enseignent nos maîtres de la Pédiatrie moderne (lire les belles leçons récentes de Marfan dans la *Presse Médicale*) (voir la dissociation des Transverses, in *Revue de Médecine scolaire*, 1-8-1923). Ainsi donc, si la nature dès l'âge de 12 à 18 mois élargit le bassin de la fillette pour prévoir les maternités futures, tout garçon, si robuste qu'il soit, qui présente le signe de l'inégalité thoraco-iliaque des diamètres transverses, est suspect de mauvaise évolution ultérieure et doit être surveillé. L'inégalité des transverses est donc un grand syndrome physiothérapique. Or, il ne donne lieu à aucun symptôme objectif.

Localement, nous étudierons la respiration dans toutes ses manifestations. Depuis le début de nos recherches, en suivant l'aphorisme de notre vénéré maître, le professeur Grancher qui répétait « l'enfant ne sait pas respirer » et qui ne disait pas l'enfant respire trop peu, nous avons toujours vérifié la respiration des adolescents soumis à notre examen dans son mode qui doit être uniquement nasal, dans sa quantité qui doit être suffisante tant pour la capacité vitale que pour l'air courant (congrès de l'Education physique, 1913), dans ses qualités, car elle doit être encore complète, c'est-à-dire développer le thorax dans les trois dimensions : rythmée, selon les règles physiologiques; souple, c'est-à-dire pouvoir se modifier à volonté sur l'ordre du médecin; et résistante, c'est-à-dire capable à la fin de l'expiration dans le spiromètre à type de vases communicants de s'opposer à la descente du liquide (eau ou mercure refoulé dans le deuxième flacon ou dans la deuxième branche du manomètre).

Je renvoie aux différents travaux modernes et en particulier à mon *Manuel de l'Exercice physiologique de respiration* (Alcan, 1912) pour le détail de cet examen : il est pourtant indispensable d'y ajouter quelques commentaires.

Tant que des manuels officiels ou des auteurs aussi distingués que Leven continueront à regarder l'expiration buccale comme physiologique, je serai obligé de redire que la respiration normale est uniquement nasale, ceci en raison de l'automatisme nécessaire à nos fonctions organiques. L'inspiration est nasale, le fait est sans contestation. Alors il est absurde d'admettre un mode nasal inspiratoire, buccal expiratoire, avec nécessité d'intervention de la volonté pour surveiller la respiration. Ce point fondamental du caractère nasal de la respiration, surtout lorsqu'il s'agit du groupe des adénoïdiens vrais ou faux, condamne toute méthode basée sur

un exercice d'expiration buccale, puisque le fond du problème est de redonner au sujet le mode nasal de la respiration, mode nasal dont la disparition a été le facteur essentiel primordial et fondamental de toute l'évolution morbide. La conservation de l'habitude vicieuse a, comme nous l'avons vu, trop souvent maintenu le mode buccal après l'opération.

Quant à ramener le problème à un problème quantitatif, c'est-à-dire à enseigner que celui qui vide le spiroscope a une respiration normale et que le sujet qui ne vide pas le spiroscope a une respiration défaillante en proportion de sa défaillance quantitative, c'est ne pas tenir compte de la relativité du facteur quantité de la respiration. Avec 3 litres (le spiroscope de Pescher a 2 litres  $3/4$ ), un sujet qui avait auparavant une capacité vitale de 4 litres  $1/2$  peut être déjà atteint du syndrome physiothérapique précoce de l'emphysème (*Paris Médical*, 16 septembre 1922); avec 2 litres  $1/2$ , tel coureur ou sportif, dont c'est la spirométrie normale faible, mais suffisante grâce à l'adaptation de son organisme, peut avoir un appareil respiratoire de bon fonctionnement. En réalité, la technique spirométrique exclusive ne pourra se discuter scientifiquement que lorsque, grâce au port d'un masque analogue au masque de guerre de Tissot, elle donnera des chiffres d'expiration nasale.

D'ailleurs Pescher a dû accepter « la phase éducative de G. Rosenthal » dans ses travaux récents; il a malheureusement, en renversant le problème, fait de la phase éducative une phase préalable et courte, alors qu'en réalité, elle constitue le fond de la question.

Une objection de même ordre s'adresse à la réplique de Pescher qui a montré que l'expiration active provoquait une inspiration renforcée. Le fait n'est pas niable, mais il est étrange de croire qu'une expiration buccale si totale qu'elle soit, puisse déclencher une inspiration nasale. Or, tout réside dans le retour nécessaire au mode nasal de respiration.

Nombreux sont encore les partisans de la respiration provoquée par l'exercice. Récemment Glénard fils, dans le monument de piété filiale qu'il a élevé à la mémoire du grand Fr. Glénard, son père (*Traité de l'hépatisme*) écrivait que la respiration faite au commandement était un geste inutile. Il suivait là l'enseignement de Fr. Heckel (la Culture Physique) et celui du lieutenant Hébert dont les beaux livres sur la méthode naturelle d'Education Physique, ont eu un légitime succès. Ici encore, on se trouve en présence de la même erreur scientifique. Comment soutenir



que le sujet ayant perdu le jeu nasal de sa respiration va le retrouver spontanément par le besoin de respirer? Comment ne pas voir que ce besoin rendu plus intense n'aura d'autre résultat en augmentant la quantité d'air inhalé que d'aggraver l'erreur de la respiration buccale, que d'accuser la divergence entre les territoires pulmonaires devenus inertes et ceux qui ont acquis un fonctionnement complémentaire.

Est-ce l'exercice inconscient qui redresse une colonne vertébrale ou redonne la marche normale au scoliotique ou au rachitique ?

### III

Il nous faut donc considérer la cure physiothérapique de l'adénoïdien vrai ou faux sous un angle plus scientifique en prenant le problème dans son ensemble. Nous acceptons que le traitement chirurgical a été exécuté, que l'ozéneux a retrouvé sa sensibilité nasale par les insufflations de Mahu et Foy, que le tout jeune enfant a été guéri de sa glossoptose rhino-pharyngienne par le monobloc, cet appareil ingénieux de Robin, enfin qu'aucune lésion cardiaque, inflammatoire ou bacillaire ne contrecarre le traitement ultérieur. Celui-ci comprendra des manœuvres accessoires que nous allons énumérer rapidement et un entraînement méthodique qui va de l'exercice physiologique de respiration à la pratique des sports (*Journal Médical français*, août, 1921. Notre rapport au Congrès d'Education Physique, 1913).

Dans les manœuvres accessoires, la place d'honneur revient aux soins donnés à la peau, soins d'hygiène, aérothérapie, héliothérapie, cure matinale de torse nu. La douche tiède à température agréable n'a pas en thérapeutique la place qu'elle devrait avoir ; malheureusement, des difficultés pratiques s'opposent à sa diffusion. Il est au contraire facile de recommander aux adolescents, après la toilette matinale, de rester une demi-heure ou une heure le torse nu ; cette simple mesure d'hygiène a un retentissement remarquable sur la vigueur générale. Le massage redonne la tonicité musculaire, car si la respiration — synergie neuromusculaire — ne nécessite pas des muscles puissants, il est de toute évidence qu'elle a besoin de muscles souples et bien développés.

Dans les manœuvres essentielles, il faut passer par les phases suivantes :

a) Le retour de la respiration uniquement nasale, seule normale ;  
b) Le retour à une respiration absolument physiologique, c'est-à-dire nasale, suffisante, complète, rythmée, souple, résistante, puissante et de débit normal ;

c) Le maintien de la respiration physiologique et son développement par le chant, l'exercice physique et le sport, comme par l'exercice au masque de Pech ou au pneumomètre de Pachon ;

d) Le développement musculaire avec accord viscéro-musculaire (Pr. Amar) pour donner la santé complète.

a) Le retour à la respiration uniquement nasale est la base essentielle ; l'adénoïdien a atrophié son thorax, irrité ses bronches par perte de la voie nasale, seule physiologique, parce que seule anatomique. L'indication primordiale est de supprimer l'habitude vicieuse, c'est-à-dire de rendre la respiration nasale, pour arrêter la déchéance thoracique et en profitant de la croissance du jeune sujet, de redonner un thorax qui soit en rapport avec le développement des autres parties de l'organisme.

Vous connaissez tous le miroir de Glazel où s'inscrit la buée nasale ; vous m'avez vu pratiquer l'épreuve physiologique de la respiration nasale qui consiste à faire respirer le jeune sujet debout, bras au corps à mon commandement, l'inspiration se faisant lorsque la main droite se lève, l'expiration lorsque la main droite se baisse. Elle se répète vingt fois, par les deux, puis par l'une ou l'autre narine ; mais chez l'adénoïdien opéré, bien souvent encore la bouche s'entr'ouvre avant la fin de l'exercice pour aider la respiration nasale déficiente. Cette épreuve d'essai est la base de l'exercice physiologique de respiration qui apprend au sujet à faire des respirations prises doucement, continuées longuement, menées profondément. Vous savez que l'enseignement respiratoire sera fait de 3 à 4 séances par semaine ; chaque séance comprenant une série de 10 exercices répétés vingt fois ; c'est donc un maximum de 200 respirations faites debout, assis ou couché, accompagnées de mouvements des bras et des jambes passifs d'abord, actifs ensuite. Une partie de ces exercices se rapportera à l'éducation du diaphragme pour combattre l'insuffisance diaphragmatique, syndrome que j'ai décrit dès 1903, dont je viens de reprendre l'étude dans une série d'articles (*La Clinique*, juillet 1923. *Paris-Médical*, 1924 sous presse) en tenant compte des travaux de Paillard, Maingault, Leven, E. Sergent, l'ernet.

Ne soyez pas étonnés du petit nombre de séances demandées en général — le médecin est toujours libre de modifier sa conduite — ni du maximum de 200 respirations fixées pour chaque séance.

Il s'agit par les séances, non pas d'emmagasiner de l'oxygène, mais de donner une impulsion à la mécanique respiratoire, d'inculquer de bonnes habitudes qui auront ensuite leur répercussion sur les milliers de respirations de la journée. A l'habitude vicieuse d'une respiration défectueuse et buccale, vous substituez une respiration à caractères normaux, car : elle est nasale, donc physiologique ;

Elle est suffisante, car elle donne à la mensuration de l'air courant faite en série, comme à l'épreuve de la capacité vitale de Gréhan, des chiffres normaux ;

Elle est complète, car vous avez combattu l'inertie diaphragmatique, par notre exercice diaphragmatique, et fait développer le thorax dans tous les sens. Notre centimètre symétrique donne alors un indice de Hirtz d'ampliation thoracique égal à trois à cinq de chaque côté, au lieu de l'ampliation primitive anormale de  $+ 1 + 1$  par exemple ;

Elle est rythmée et souple, car elle peut obéir au commandement du médecin pour s'accélérer, se ralentir sans perdre son caractère physiologique ( La souplesse respiratoire, sa valeur dans l'éducation du chant. Académie de Médecine, 8 Mai 1923) et (Résistance Souplesse et Tenue respiratoire. Société de l'Internat 1913) ;

Elle est résistante, car les épreuves de capacité vitale et de mesure à l'air courant peuvent se répéter cinq à dix fois, sans toux, sans fatigue, sans baisse des chiffres (1). De même le chiffre reste égal si on réalise l'exercice intensifié de Pescher par expiration à travers un robinet plus ou moins fermé ;

Elle est d'une bonne tenue, car le sujet pourra maintenir la dénivellation du mercure dans le pneumomètre à Hg ou de l'eau dans le spiromètre de Brücker, à type de vases communicants. Cette épreuve de tenue ne doit plus porter le nom de Martin Flack puisque notre collègue américain, s'il a utilisé la même dénomination par réminiscence inconsciente, l'a décrite plusieurs années après nous-même.

\*  
\* \*

Le résultat éducatif obtenu, vous passez à une deuxième phase qui vous permettra de consolider et de maintenir le résultat.

1. Notre ami Laufer a bien voulu faire de notre résistance respiratoire un test des plus curieux dans la recherche de l'orientation professionnelle des jeunes sujets (Lire *Médecine scolaire*, 1923).

Certes le chant exige une inspiration rapide et souvent un peu brutale, de même qu'il nécessite une expiration modulée et lente. Mais il n'en est pas moins que son action de discipline respiratoire est des meilleurs exercices complémentaires de l'éducation respiratoire. La gymnastique rythmée à la Dalcroze est tout à fait favorable.

L'exercice spirosopique ou spirométrique trouve ici sa grande indication. Mais prenez un appareil capable de mesurer 4 à 5 litres, et non un appareil si ingénieux qu'il soit limité à 2 l. 3/4, chiffre tout à fait insuffisant, donnant des résultats incomplets, hors d'état d'établir une courbe des capacités vitales et de suivre l'évolution du jeu thoracique.

Le spiromètre de Verdin qui permet les recherches en série, le spiromètre à type de vases communicants de Dupont-Brucker, le spiromètre de Blum qui se recommande par sa légèreté, nous donneront satisfaction. Il est à désirer que Pescher fasse construire un modèle suffisant comme contenu de son ingénieux spiroscope. Faites au début ou à la fin de la leçon de respiration quelques mensurations de la capacité vitale que vous verrez revenir à la normale ; mesurez l'air courant en totalisant quelques inspirations successives faites sans effort. Je ne saurais passer sous silence l'emploi du pneumomètre de Pachon qui mesure la puissance de l'inspiration et de l'expiration et permet un entraînement spécial (*Paris Médical*, 16 sept. 1922). Le masque de Pech (1) mériterait une longue étude. S'il ne peut se substituer à la méthode générale de l'exercice de respiration, il donne par l'étude du débit respiratoire maximum des indications de premier ordre sur la valeur pulmonaire du sujet examiné. Il suit pas à pas les évolutions morbides du poumon ; il doit contribuer à l'entraînement.

Lorsque votre adolescent a retrouvé une poitrine de fonctionnement tout à fait physiologique et que le murmure vésiculaire normal s'entend dans tout le thorax, votre tâche n'est pas terminée. Vous avez pris en mains un malingre, il vous faut en faire un robuste. La respiration était normale au repos, elle doit être normale pendant et après l'exercice.

C'est le domaine commun au physiothérapeute et à l'éducateur physique. Tous deux se concerteront pour rétablir ou construire l'importante charpente musculo-osseuse sans laquelle il n'existe pas de robustesse ; tous deux se concerteront pour vérifier les

1. Lire Pech. *Presse Médicale*, 2-2-1921 et *Thèse Montpellier*, 1918.



résultats des sports (voir le *Bulletin d'Education Physique*). J'ai souvent insisté sur le contrôle médical après le sport ; mon très distingué collègue Bellin du Coteau partage la conviction de la nécessité de la continuité de l'œuvre médicale. S'imaginer qu'il y a une vérité médicale et une vérité sportive dans l'étude de l'organisme, c'est oublier que malades et bien portants sont soumis aux mêmes lois physiologiques ; c'est créer entre la maladie et la santé une frontière précise de pure fantaisie alors qu'une longue étape, heureusement facilement modifiable, mène de la santé à la maladie, et que la maladie même microbienne est la conséquence tardive d'une longue altération fonctionnelle préparatoire comme de tares latentes. Lorsque les diamètres transverses des thorax et bassins seront égaux, que les muscles seront forts, la respiration disciplinée, maintenue normale par la surveillance respiratoire, alors seulement votre tâche sera terminée (*Journal Médical français*, août 1921. Culture physique et maladies respiratoires) et l'examen méthodique en montrera l'excellent résultat (*Bulletin de thérapeutique*, 23 mai 1910).

#### IV

Ceux d'entre vous qui ont suivi le mouvement physiothérapique depuis mes premières recherches de 1903 ont pu constater la divergence des principes scientifiques mis en œuvre. Tandis que nombre d'auteurs à la suite de la série de mes mémoires et des travaux antérieurs ont publié des techniques basées sur un procédé ou un instrument personnel auxquels ils voulaient limiter la culture respiratoire, j'ai été de ceux qui ont voulu mettre la gymnastique respiratoire au rang des grandes méthodes médicales et la systématiser avec ordre, en y mettant à leur place tous les procédés d'exploration, toutes les techniques et toutes les idées nouvelles. La spirométrie remise en honneur par Pescher sous le nom de spiroscope, l'étude d'ailleurs classique de l'air courant, celle du débit respiratoire, l'entraînement respiratoire par le sport cher à notre distingué ami Bellin du Coteau, etc... ne sauraient s'opposer à l'exercice physiologique de respiration ou à la phase éducative, phase primordiale et fondamentale. Tous les procédés ont leur place dans la méthode générale. Pas de rhétorique sans grammaire.....

Sachons persévérer dans cette voie féconde, seule vraiment scientifique et digne du médecin.

Pour la question des végétations adénoïdes, reprenez bien les étapes nécessaires de votre conduite. Libération anatomique, suppression de l'habitude vicieuse par l'éducation physiologique de la respiration uniquement nasale, développement de la respiration rendue physiologique par le spiromètre, le chant, l'exercice musculaire. Enfin, phase sportive qui est le couronnement de l'œuvre du médecin, mais ne saurait en aucun cas se substituer aux phases techniques précédentes. Sachons ne pas laisser retomber la physiothérapie et la culture physique à ce stade d'empirisme et d'erreurs qui justifia autrefois la méfiance et l'hostilité de l'École française ; cette opposition qui allait jusqu'à la déconsidération, a rendu des plus difficiles la tâche de ceux qui, comme moi, ont commencé il y a plus de vingt ans à mener le bon combat pour l'indispensable médecine physique, complément indispensable des méthodes chimiothérapiques ou biologiques. Actuellement, la physiothérapie a sa place légitime dans la science médicale. Que nos collègues actuels n'oublient pas les efforts pénibles de leurs précurseurs.

\*  
\*\*

Voici nos principales recherches :

*Journal de Physiothérapie*, d'Albert Weil, depuis juillet 1903.

*Presse Médicale*, 1904 : L'Insuffisance respiratoire.

*Annales des Maladies du larynx*, 1904. Grancher et Comby : Traité des Maladies des Enfants, T. V.

*Journal médical Français*, 15-8-1911. Traitement de l'Emphysème, juillet 1913-août 1921. Culture physique et Maladies de l'appareil respiratoire.

*La Clinique*, juillet 1923. Insuffisance diaphragmatique.

*Manuel de l'Exercice de Respiration*, Alcan, 1912.

*Paris Médical*, 16 septembre 1921 ; 1924, Forme irréductible de l'Insuffisance respiratoire ; Insuffisance diaphragmatique, etc.

Lire : Pescher. *Entraînement spirosopique* ; la thèse de Vigneront d'Hencqueville ; l'article de M<sup>me</sup> Nageotte dans la Collection Gilbert-Carnot, etc...

---

# FAITS CLINIQUES

---

## CANCER DU LARYNX

(TROIS OBSERVATIONS)

par D. TORRE (Constantine)

---

### Observation I

CANCER EXTRINSÈQUE DU LARYNX, DÉVELOPPÉ DANS LE SINUS PIRIFORME DROIT. —  
TRACHÉOTOMIE. — HÉMI LARINGECTOMIE. — GUÉRISON

Le 6 juillet 1922, Louis R..., maçon, 59 ans, m'est adressé par le Dr Ros, pour dyspnée d'origine laryngée.

*Antécédents personnels.* — Bronchite chronique. Emphysème pulmonaire. Paludisme. Boit peu, a beaucoup fumé, ne fume plus.

*Examen.* — Malade cyanosé, tirage sus-sternal. Tumeur développée dans le sinus piriforme droit, lobulée, soulevant le repli aryéno-épiglottique et le bord de l'épiglotte recouverte de muqueuse saine (non ulcérée). Immobilisation de l'hémi-larynx droit; les cordes vocales supérieure et inférieure, le ventricule sont infiltrés; l'espace glottique réduit à une simple fente; la corde vocale gauche est aspirée dans les mouvements d'inspiration.

Le diagnostic de néoplasme extrinsèque s'imposait:

Pas de retentissement ganglionnaire.

*Trachéotomie.* — La trachéotomie d'urgence est décidée et acceptée par le malade. Elle est pratiquée deux heures après l'examen avec l'assistance du Dr Ros, médecin traitant.

L'hémi-laryngectomie étant envisagée, on fait une trachéotomie haute sous-cricoidienne.

*Opération.* — Anesthésie locale scurocaïne-adrénaline au 1/200. Technique habituelle: avant l'incision de la trachée, suivant la technique de notre maître, le professeur Lemaître, l'anesthésie de la trachée est assurée par ponction de la membrane trachéale et instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne au 1/10 additionnée d'adrénaline (1 goutte par cc.). Incision de trois anneaux trachéaux, mise en place de la canule, sans le moindre réflexe de toux.

Le malade qui était en puissance de bronchite chronique avec emphysème est soumis dès le lendemain à des injections intra-pulmonaires par injection directe à travers la canule, d'huile goménolée au 1/50, renouvelée tous les jours à la dose de 20 à 30 centimètres cubes.

10 juillet. — Au 4<sup>e</sup> jour une bronchite purulente se déclare avec température élevée 39°5. Malgré son état et cette température élevée

Le malade est astreint à venir régulièrement tous les jours à mon cabinet pour les pansements, dans le but de l'obliger à faire un exercice physique qui assure la ventilation pulmonaire.

En moins d'une semaine, la température tombe; les sécrétions se fluidifient, diminuent, la plaie opératoire, dont les points de suture avaient suppuré et lâché, tend vers la cicatrisation.

20 juillet. — Le malade ne peut venir au pansement que tous les quatre jours; le nettoyage de la canule externe, les pansements journaliers sont confiés à son entourage.

Dès le lendemain de la trachéotomie, la congestion laryngée ayant disparu, l'espace glottique est devenu plus large et, de ce fait, la tumeur semble avoir diminué de volume.

Vers la fin de juillet, l'état général de ce malade était excellent; il avait augmenté de poids, et on avait décidé pour les premiers jours d'août de pratiquer l'hémi-laryngectomie, lorsque le 26 juillet, apparaît une fièvre à type continu qui rapidement altère son état général. Aucun symptôme pulmonaire. Après un examen minutieux, qui ne révèle aucune cause, on songe à un réveil de paludisme qui affecterait la forme à type continu. Le 30 juillet, on prescrit deux grammes de chlorhydrate de quinine en ingestion pendant deux jours pris au moment de l'accès fébrile; le 1<sup>er</sup> août la fièvre disparaît. Le malade est soumis à une médication tonique (fer, arsenic, strychnine) et à une médication quinique pour prévenir les rechutes suivant la méthode que nous a apprise M. le professeur Tournade. Il n'y eut pas de récurrence et l'état général s'est relevé rapidement.

10 août. — Le malade est revu, et on constate l'apparition de deux ganglions de la chaîne carotidienne droite, qui ont déjà atteint le volume, l'un d'un œuf de pigeon; l'autre d'une noisette. La tumeur a augmenté de volume, et menace de rompre la barrière de la muqueuse pharyngée; elle soulève plus nettement le bord de l'épiglotte qui paraît infiltrée jusqu'à la ligne médiane.

L'opération est décidée.

La bouche est en état de propreté parfaite, il n'y a plus de dents.

17 août. — L'hémi-laryngectomie est pratiquée à la clinique du Dr Arrighi avec l'assistance du Dr Ros, médecin traitant et du Dr Schoussboë, médecin-major O.-R.-L. à l'hôpital militaire de Constantine.

OPÉRATION. — Anesthésie locale et régionale avec une solution de scurocaine au 1/200, additionnée de scurénaline, volet cutané délimité par une incision verticale sur la ligne médiane, une incision supérieure horizontale à la hauteur de l'os hyoïde, une incision inférieure sur le bord inférieur du cricoïde jusqu'au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. La zone pileuse, descendant jusqu'à l'orifice trachéal de la trachéotomie, il n'a pas été possible d'établir le volet cutané dans une zone glabre.

Libération de l'hémi-larynx droit. Ligature des artères.

Avant l'ouverture du larynx on pratique le curage des ganglions de la chaîne carotidienne. On ne trouve que les deux ganglions que l'exploration externe décelait.

L'examen direct au doigt du repli aryéno-épiglottique et de l'épiglotte dénote une infiltration de l'épiglotte dépassant la ligne médiane



et ne permet pas de conserver une partie de cet organe qui est détachée par une section dans le repli glosso-épiglottique et extirpé avec l'hémi-larynx.

Légère déchirure de un centimètre de la muqueuse pharyngée.

Suture au catgut par deux points séparés non perforants.

Sonde œsophagienne passant par la narine gauche.

Suture du plan musculaire.

Suture du bord interne du volet cutané à la section postérieure de la muqueuse laryngée du bord inférieur partie interne à la section postérieure de la muqueuse trachéale, du bord supérieur partie interne à la muqueuse pharyngée; suture du bord gauche de l'incision médiane avec la muqueuse laryngée de l'hémi-larynx gauche. Est ainsi réalisée une stomie cutané-muqueuse avec extériorisation de la muqueuse laryngée de l'hémi-larynx gauche.

Suture des incisions horizontales dans leur partie postérieure bords à bords.

Drainage avec une mèche de gaze à l'angle inférieur et externe du volet cutané.

Pansement par tamponnement de la cavité laryngée.

Le soir température 38°6. Pansement renouvelé.

18 août. — Le lendemain température 38°6. Le malade quitte la clinique et rentre à son domicile; il lui est prescrit de ne pas rester couché, de faire fréquemment de grandes inspirations pour assurer la ventilation pulmonaire et il est exigé qu'il vienne tous les jours pour le pansement à mon cabinet, deux fois par jour, matin et soir.

Le 19 août plus de température. Etat général bon.

Injection intra-pulmonaire tous les jours de 20 à 30 centimètres cubes d'huile goménolée au 1/50 par l'orifice trachéal.

20 août. — Les compresses sont teintées de pus bleu avec odeur caractéristique. Attouchements de la plaie au nitrate d'argent au 1/20. On prescrit l'exposition de la région au soleil pendant vingt minutes. Après deux séances d'exposition, le pus bleu disparaît. L'exposition au soleil est continuée tous les jours en augmentant progressivement la durée; à la fin de la semaine l'exposition dure une heure.

La peau est protégée par des applications larges de pommade inno-tyol.

21 août. — Au 4<sup>e</sup> jour suppuration abondante de la région, les sutures muqueuses du volet cutané ont lâché, et le volet cutané tend à se rétracter.

Au 6<sup>e</sup> jour le sphacèle des aponévroses se fait; l'élimination se poursuit dans les jours suivants (pendant 10 jours environ) sans la moindre élévation de température ni le moindre symptôme pulmonaire. Injection intrapulmonaire de 20 à 30 centimètres cubes d'huile goménolée au 1/50 tous les jours.

L'exposition au soleil est continuée et augmentée progressivement, au 15<sup>e</sup> jour elle est de quatre heures (2 heures le matin, 2 heures le soir).

31 août. — La cicatrisation est complète, le pansement et la canule sont entièrement supprimés, le cou est recouvert d'une compresse de gaze fixée en haut aux oreilles par deux lacs, en bas aux vêtements par une épingle de sûreté. La stomie laryngée est ainsi protégée.

Le malade s'est alimenté très bien par la sonde, avec du lait, du bouillon, des bouillies très liquides ; il ne met depuis plusieurs jours la sonde qu'aux heures des repas lui-même, évitant ainsi les inconvénients de la sonde à demeure.

*12 septembre.* — Avivement de la petite fente de la muqueuse pharyngée et suture par deux points non perforants à la soie.

*16 septembre.* — Les fils sont enlevés, la suture est parfaite, attouchement à l'acide chronique des bourgeons de la suture trachéale.

Le malade n'est plus revu que toutes les semaines.

Le 13 octobre le malade est revu, le bord des sutures cutanéomuqueuses est encore épais. Le malade va reprendre son travail de maçon.

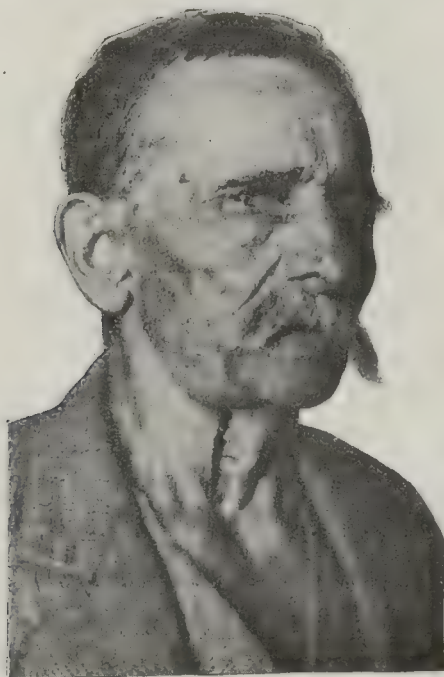


FIG. 1.

Le 5 novembre, le bord des sutures est aplati et assoupli ; le calibre de l'orifice trachéal est devenu normal.

Le malade a repris son travail depuis vingt jours sans aucune gêne.

La première photographie montre la stomie laryngée à cette période.

Il est revu tous les mois en attendant de pouvoir pratiquer la plastique laryngée par fermeture de la stomie.

En janvier 1923 apparaît un nouveau ganglion de la chaîne carotidienne au niveau de l'angle de la mâchoire.

Le 5 février ce ganglion est du volume d'une petite cerise.

Le lambeau paraît bien nourri, le malade est en bon état de santé; l'opération pour la plastique est décidée.

PLASTIQUE. — L'opération a lieu le 12 février à la clinique du Dr Arrighi avec l'assistance du Dr Arrighi et du Dr Schoussboë.

Anesthésie locale à la syncaïne au 1/200 sans adrénaline (l'adrénaline pouvant nuire à la nutrition des lambeaux).

Délimitation du lambeau cutané en ménageant à l'angle supérieur externe un lambeau rectangulaire de 3 centimètres de largeur sur 6 centimètres de hauteur; ce dernier lambeau sera façonné pour refaire une épiglottite. Le lambeau total est détaché et la partie destinée à cette tentative de prothèse épiglottique est ainsi façonnée: cette partie rectangulaire est pliée en deux sur sa face cruentée, les angles en sont arrondis aux ciseaux et les bords suturés en catgut par points séparés.

Avivement des bords de la stomie et décollement de la peau sur son pourtour; ce décollement est plus prononcé sur la ligne médiane pour favoriser le glissement de la peau sur la ligne de suture du lambeau de la plastique et empêcher la superposition de cette ligne de suture et de celle du lambeau de couverture et en même temps diminuer la traction du lambeau de couverture.

Suture au catgut par des points en U non perforants, du lambeau cutané à la muqueuse du larynx en ménageant un orifice à la partie inférieure pour une canule trachéale. Provisoirement une canule interne est mise en place dans cet orifice. Le lambeau de prothèse épiglottique est introduit dans la cavité pharyngée et son bord cruenté est fixé à la muqueuse correspondant à l'os hyoïde et à la base de la langue préalablement avivée par un léger curettage.

Le lambeau suturé est recouvert de compresses imbibées de sérum physiologique chaud pendant que seront pratiqués le curage des ganglions et la préparation du lambeau de couverture.

L'exploration de la région ganglionnaire découvre le ganglion signalé plus haut, qui était perceptible à l'examen extérieur, et on trouve accolé à lui deux petits ganglions de la grosseur d'un gros grain de plomb. Ces ganglions sont disséqués et reséqués.

La peau est largement décollée pour former le lambeau de couverture.

Pour amener ce lambeau sur la ligne médiane des incisions dans la région sus-claviculaire sont nécessaires et il est suturé à la peau du pourtour de la stomie aux crins de Florence.

Drainage avec un petit drain à la partie déclive de la ligne de suture. La canule interne est remplacée par une canule de trachéotomie. Pansement. Mise en place d'une sonde nasale à demeure pour l'alimentation.

Le malade quitte la clinique le lendemain.

Suites opératoires bonnes, légère élévation de température (38°) pendant trois jours.

Des pansements journaliers sont faits et à chaque pansement; 20 à 30 centimètres cubes d'huile goménolée au 1/50 sont instillés goutte à goutte par la canule. Grandes applications de pommade Inotylol sur les lignes de suture.

Au 5<sup>e</sup> jour le drain est enlevé, quelques points du lambeau superficiel ont lâché, en particulier à son extrémité médiane; mais le glissement de la peau du côté opposé ayant recouvert sur un centimètre le lambeau inférieur, il n'y a pas eu de fistulisation avec la cavité laryngée.

L'examen au miroir de la plastique épiglottique la montre sphacélée et prête à se détacher.

Le lendemain le lambeau épiglottique sphacélé est expulsé par la ligne de suture supérieure; il est détaché aux ciseaux, son insertion

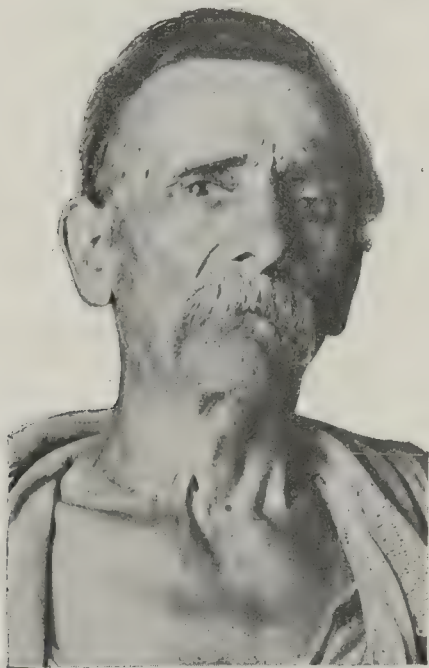


FIG. 2.

est repoussée dans le pharynx et la fistule est touchée avec une solution de nitrate d'argent au 1/10.

Cette tentative de prothèse épiglottique, faite sans résultat immédiat, n'a pas été tout à fait inutile; il s'est formé à la base de ce lambeau quelques bourgeons qui, la cicatrisation terminée, ont formé un ressaut suffisant pour favoriser l'occlusion de la cavité laryngée pendant la déglutition non seulement des solides, mais des liquides. Actuellement, le malade peut boire sans réflexe de toux.

A ce propos, je me demande si une plastique épiglottique avec inclusion d'os quelques semaines avant l'opération puis suture par deux plans (un sus-hyoïdien, l'autre sous-hyoïdien) sur le bord de la



stomie, après avivement de la muqueuse n'aurait pas quelques chances de succès.

La canule est enlevée au 6<sup>e</sup> jour sans provoquer aucun spasme, ni aucun trouble de la respiration.

Je prescris l'exposition de la plaie au soleil. Le pansement est fait tous les deux ou trois jours. Les deux fistules, supérieure sous-hyoïdienne, provoquées par l'élimination du lambeau épiglottique, et inférieure, celle de la canule, se rétrécissent progressivement.

Au 15<sup>e</sup> jour la cicatrisation est presque terminée, la fistule supérieure est fermée, le pansement est enlevé.

Le malade respire toujours par la fistule inférieure.

En la fermant avec le doigt, il peut parler d'une voix rauque mais forte et intelligible. Il peut reprendre son travail.

Au 20<sup>e</sup> jour le malade malgré son appréhension se décide à tenter la déglutition des solides; je lui fais mâcher de la mie de pain et il peut l'avaler sans réflexe de toux.

A partir de ce jour le malade n'utilise plus sa sonde nasale que pour boire, mais il peut manger comme à l'ordinaire; si les aliments sont très épais, ils sont déglutis, sans s'égarer dans le larynx.

Deux mois après il pourra avaler les liquides, sans incident.

Le malade est revu tous les mois.

La deuxième photographie montre la plaie opératoire deux mois après la plastique (avril 1923).

*Octobre 1923.* — Après quatorze mois d'observation il ne présente aucune récidive ni localement, ni dans la région ganglionnaire et malgré mes instances il n'a subi ni avant ni après la plastique aucun traitement de radiothérapie.

La fistule de la canule persiste encore, elle est réduite à une fente mais dans une intervention ultérieure que le malade remet toujours, elle sera fermée.

Une particularité mérite d'être signalée. Le lambeau qui a servi à la plastique laryngée a été pris en partie dans la zone pileuse et je me proposais au cours du traitement radiothérapique prescrit pour prévenir des récidives, de demander au radiologue d'obtenir l'épilation de cette région. Ce traitement n'a pas eu lieu; mais ayant observé que les poils de l'extrémité du lambeau s'étaient réduits à un simple duvet blanc pendant les six mois qui ont séparé l'hémilaryngectomie et la plastique, j'ai pensé qu'il en serait de même des autres dès qu'ils seraient enfermés dans la cavité laryngée; il n'en est rien, la cavité laryngée présente actuellement encore une touffe de poils longs de 3 centimètres environ dont quelques-uns se présentent parfois à la fistule trachéale et que le malade arrache, d'autres sont expulsés par la toux. A l'examen du miroir ils se présentent sous la forme d'une mèche engluée de mucus repliée sur elle-même et appliquée contre la paroi du larynx. La respiration même violente n'en est pas gênée. En demandant au malade de tousser, la mèche s'étale sur la base de la langue et j'ai pu au cours d'un examen la sectionner avec des ciseaux courbes au ras de l'orifice laryngée (cette mèche est photographiée avec l'hémilarynx dans la photographie fig. 3).

*1924.* — Le 15 janvier 1924 sous laryngoscopie directe avec un tube œsophagoscopique de 11 millimètres, j'ai fait une toilette de son

larynx en coupant au ras de la peau avec une pince laryngienne la majeure partie de la touffe.

Le 29 janvier j'ai pratiqué la fermeture de la fistule inférieure; même technique que pour la plastique de la stomie, en suturant le lambeau cutané à la muqueuse de l'hémilarynx gauche par des points au catgut en U non perforants et en favorisant le glissement de la



FIG. 3.

peau sur les sutures de façon à ne pas superposer les lignes de sutures. Suture de la peau aux crins de Florence. Les crins sont enlevés au 5<sup>e</sup> jour, une toute petite fistule s'établit à la partie supérieure de la plastique, qui touchée à trois reprises à l'acide trichloroacétique se réduit à un pertuis qui n'admet plus un stylét boutonné à l'heure actuelle (15 juillet 1924).

L'observation de ce malade n'est pas assez longue pour pouvoir parler de guérison, mais la survie de près de deux ans sans récidence locale ni ganglionnaire peut être inscrite à l'actif de l'intervention chirurgicale alors que cette tumeur par son siège, son étendue, le retentissement ganglionnaire qui l'accompagnait, paraissait devoir vouer l'intervention chirurgicale à un échec sans le secours d'un traitement radiothérapique.

## Observation II

CANCER EXTRINSÈQUE DU LARYNX DÉVELOPPÉ AUX DÉPENS DU SINUS PIRIFORME DROIT. AU COURS DE L'ÉVOLUTION, PHLEGMON DU LARYNX, ABCÈS GANGLIONNAIRE, CANCÉRISATION DES GANGLIONS. RADIOTHÉRAPIE PROFONDE. MORT.

Alphonse M., 64 ans, mécanicien des chemins de fer en retraite m'est adressé le 20 janvier 1923 par le Dr Labrevoit pour troubles de la voix et gêne de la respiration, douleur à la déglutition, réaction ganglionnaire de la région carotidienne.

Le malade déclare avoir ressenti trois jours auparavant du côté droit de la gorge un peu de gêne à la déglutition; le lendemain apparaît de la douleur avec fièvre, céphalée, courbature, inappétence absolue; la voix devient rauque; il ne peut plus avaler les aliments solides. Dans la nuit du 9 au 10 la douleur devient plus aiguë, s'irradie vers l'oreille, elle est exaspérée par les mouvements de déglutition et les liquides ne peuvent plus être avalés. Le malade a la sensation d'un corps étranger qui l'étouffe, la respiration devient difficile, il a des accès de suffocation. Les ganglions carotidiens sont devenus gros et douloureux. Il se décide à consulter le Dr Labrevoit qui me l'adresse d'urgence.

*Examen.* — Le malade est cyanosé, dyspnéique, il présente une gêne marquée à l'inspiration, du cornage, une toux fréquente sans expectoration et ne peut avaler sa salive qui coule de sa bouche. Il est agité, anxieux, le pouls est rapide, irrégulier, la température est de 39°5.

A l'examen du cou on observe un gonflement marqué de la chaîne carotidienne, un empatement de la région pré-laryngée à droite, pas de modification de la peau. La palpation même légère détermine une douleur très vive. L'examen de la bouche montre une gingivite généralisée, plusieurs dents cariées. Au niveau de l'oropharynx aucune inflammation.

Soupçonnant un phlegmon du larynx, je procède à un examen prudent au miroir. Le bord droit de l'épiglotte, et surtout le repli ary-téno-épiglottique droit présente un œdème inflammatoire très marqué; la muqueuse est tuméfiée, blanchâtre, aucune partie ne montre de coloration jaunâtre indiquant du pus collecté. Tout l'hémilarynx droit est immobile, la corde vocale gauche apparaît saine, l'espace glottique est réduit à une fente légère, la paroi latérale du pharynx est infiltrée. Le diagnostic de phlegmon péri-laryngé s'imposait; je propose l'ouverture immédiate qui est acceptée.

Je procède à l'anesthésie locale par instillation goutte à goutte avec la seringue laryngienne d'une solution de cocaïne à 1/10 additionnée d'adrénaline (une goutte par centimètre cube) répétée de cinq minutes en cinq minutes. Au bout de vingt minutes l'anesthésie est parfaite; un porte-coton promené sur le vestibule du larynx ne détermine aucun réflexe. Le malade respire plus facilement, la fente glottique est devenue plus large par ischémie de la muqueuse. La partie la plus saillante de la zone œdématisée correspondant à l'aryténoïde droit

est saisie avec une pince à l'emporte-pièce et sectionnée. Le malade crache du sang, la plaie nettoyée ne montre pas de pus. Le couteau d'un large cautère laryngien est placé dans la plaie et enfoncé progressivement de 1 centimètre environ. Le malade crache un peu de sérosité blanchâtre.

Je prescris des pulvérisations avec une solution de cocaïne à 1 %, adrénalinée, des bains de gorge à l'eau oxygénée et avec une solution de borate de soude chaude alternativement ; des applications chaudes sur le cou ; une pommade nasale, des attouchements sur les gencives au nitrate d'argent, alimentation liquide, purgation légère.

Le 11 janvier, même état général, température 39°. Respiration plus facile, pas de suffocations dans la nuit, mais insomnie. L'œdème de la région aryénoïdienne a beaucoup diminué mais la masse ganglionnaire a augmenté de volume ; elle est rénitente, le pus était coagulé, l'incision est décidée.

L'opération est faite le soir même à la clinique du Dr Arrighi, avec l'assistance du Dr Labrevoit médecin traitant. Anesthésie locale à la syncaïne adrénalinée à 1/200. Incision de 8 centimètres sur le bord postérieur du sterno ; effondrement à la sonde cannelée de la paroi de l'abcès qui donne issue à 30 centimètres cubes environ d'un pus liquide, salé, très fétide. Une pince de Kocher introduite dans la cavité et ouverte en agrandit l'ouverture, un gros drain est placé dans la plaie. Pansements journaliers. L'œdème laryngé diminue progressivement, la masse ganglionnaire régresse rapidement.

16 janvier. — Au cinquième jour, l'œdème laryngé a presque disparu, l'escarre aryénoïdienne tombe, mais l'hémilarynx droit reste immobile et dans le sinus piriforme apparaît une ulcération dont on ne voit que la partie supérieure. Cette ulcération est irrégulière, le bord forme un bourrelet saillant, sa surface est ondulée, il n'y a pas de bourgeonnement, elle ne saigne pas au contact du porte-coton.

Le toucher pouvant être fait sans danger est pratiqué. Il montre l'ulcération indurée. L'exploration ne détermine pas de douleur vive ; la palpation extérieure, la mobilisation sont indolores.

J'ai alors la conviction d'être en présence d'un épithélioma. Je reprends l'interrogatoire. Le malade déclare n'avoir rien ressenti d'anormal dans sa gorge et n'avoir observé aucune modification de la voix avant le 7 janvier. Il se souvenait seulement d'avoir pris froid la veille et le 7 au matin il a ressenti à son réveil pour la première fois une gêne dans la gorge. J'insiste sur les caractères de la voix ; il me dit qu'il avait depuis plusieurs années « la voix grosse » mais il attribuait cela à son métier de mécanicien, aux intempéries, à l'abus du tabac, des boissons alcooliques, etc... La personne qui l'accompagne, n'habitant pas au domicile du malade ne peut me donner des renseignements précis, mais je lui demande de faire une enquête auprès de ceux qui vivent à son foyer.

18 janvier. — Le malade est revu deux jours après. L'enquête faite indique que la voix s'est modifiée depuis un an environ et que le malade a accusé une gêne progressive à la déglutition des solides. Depuis quatre ou cinq mois il ne s'alimentait que d'aliments liquides et bien trempés ; il ne pouvait plus manger de viande ; il lui arrivait « d'avaler de travers » il ne pouvait plus boire de boissons alcoolisées.



ou d'aliments vinaigrés ; cela le faisait tousser. Le malade reconnaît tout cela, mais il n'y attachait pas d'importance.

L'examen local pratiqué ce jour-là montre l'ulcération pharyngée sur une plus grande surface avec les mêmes caractères ; la masse ganglionnaire s'est considérablement affaissée, elle est devenue indolore mais dure, adhérente aux plans profonds, l'incision ne donnait plus qu'un suintement léger de sérosité jaune sale.

Je pratique une biopsie séance tenante. Avec une grande pince à l'emporte-pièce pour amygdale linguale, je prélève sur le bord un fragment supérieur de l'ulcération pharyngée. L'inclusion est faite à la paraffine dans le laboratoire du Dr Lavillat, médecin de l'hôpital. L'examen montre un épithélioma spino-cellulaire. Je conseille un traitement radiothérapique. Le malade hésite longtemps, consulte plusieurs confrères de la ville, puis accepte enfin.

Je l'adresse au Dr Fischer radiologiste qui me communique les renseignements suivants :

Appareillage Robiquet. — I = 2 millamp. 5. — E E = 26 cm. 5 ; ampoule Coolidge-Standart. — Distance anticathode-peau, 30 centimètres. — Filtre : 10 mm. Al. — Séances biquotidiennes. A chaque séance, 4 portes d'entrée. De chaque côté du cou, 2 champs de  $9 \times 9$ . Chaque champ est irradié 15 minutes.

Le traitement appliqué du 18 au 23 mars 1923 a comporté une dose totale de 25 H environ par champ. Une radioépidermite légère a nécessité la cessation du traitement. Il n'a pas été observé d'amélioration appréciable de la masse ganglionnaire, l'observation étant d'ailleurs gênée par les alternatives de poussées inflammatoires dont elle était le siège. Les pansements sont confiés à son entourage. Le malade est revu toutes les semaines. Un mois après la cessation du traitement radiothérapique les ganglions carotidiens ont augmenté de volume ; ceux de la région sous-maxillaire sont envahis ; la peau a rougi, est tendue ; elle présente en plusieurs endroits des ulcérations au travers desquelles apparaissent des bourgeons néoplasiques. L'ulcération pharyngée a augmenté et est devenue bourgeonnante.

La respiration devient de plus en plus difficile ; des accès de suffocation surviennent. Le malade meurt le 7 juin.

### Observation III

CANCER INTRINSÈQUE DU LARYNX DE LA CORDE VOCALE GAUCHE. EXTIRPATION PAR THYROTOMIE SUIVIE D'APPLICATION DE RADIUM. MORT PAR AFFECTION PULMONAIRE INTERCURRENTE CINQ MOIS APRÈS.

Léonard R..., 62 ans, maçon m'est adressé le 17 décembre 1922 par le Dr Lavillat pour dysphonie probablement due à un cancer.

Le malade présente un enrouement persistant depuis près d'un an qui s'accroît de plus en plus, il n'accuse aucune gêne à la respiration mais de l'essoufflement à l'effort. Pas de douleurs, parfois sensations de chatouillements ou de gêne dans la gorge qui le fait racler et tousser. Toux sèche, quinteuse, expectoration à peu près nulle, la voix est rauque mais forte. Ne boit pas ne fume pas.

L'examen du larynx montre l'hémi-larynx gauche immobile, la corde vocale gauche présente une masse de couleur rouge à surface muriforme ; cette tumeur est étalée sur toute la longueur de la corde, le point le plus saillant occupant le tiers antérieur ; la corde vocale droite présente une petite surface rouge, dépolie qui marque le point de contact avec la tumeur dans les mouvements d'adduction. L'aryténoïde gauche est immobile et n'est pas augmenté de volume.

Je pose le diagnostic de cancer intrinsèque du larynx développé aux dépens de la corde vocale gauche. Je propose une opération par thyrotomie. Le malade demande à réfléchir ; je prescris un traitement préparatoire pour la désinfection du nez, de la bouche par pommade nasale, inhalations, gargarismes et lui demande de revenir la semaine suivante.

Le Dr Lavillat appuie fortement ma proposition d'opération. Nous ne revoyons plus tous deux le malade pendant deux mois. Nous apprenons toutefois que pendant ce temps il a consulté plusieurs médecins de la ville qui prescrivent tour à tour des potions, des inhalations, des gargarismes et l'un d'eux pensant à une paralysie récurrentielle par ectasie de l'aorte demande une radioscopie. La radioscopie montre une aorte normale. Le malade est tout à fait rassuré, il retient seulement que « les rayons X ont montré qu'il n'avait rien d'anormal » et il attend patiemment la disparition de son mal de gorge.

Mais l'enrouement s'accroît et au cours du mois de février 1923 apparaît de la gêne respiratoire avec accès de suffocation ; le malade consulte le Dr Ros, qui lui conseille de revenir me consulter et d'accepter l'opération proposée.

Je revois le malade le 27 février 1923, il ressent depuis quinze jours environ une gêne de plus en plus marquée de la respiration ; cette dyspnée s'accroît pendant l'effort ; il a des accès de suffocation la nuit, la toux est fréquente souvent quinteuse, violente ; il n'accuse pas de douleur durable mais parfois après les quintes de toux une sensation douloureuse dans la gorge. La pression sur le cartilage thyroïde du côté malade réveille cette sensation. La respiration est bruyante, il y a presque du cornage.

À l'examen du larynx j'observe que la tumeur a augmenté considérablement de volume, l'infiltration néoplasique a gagné le ventricule, la bande ventriculaire, la face interne de l'épiglotte jusqu'à la ligne médiane, et le repli aryténo-épiglottique. L'aryténoïde immobile n'est pas très réduite, la corde vocale droite s'écarte au maximum dans les mouvements d'inspiration.

La trachéotomie s'impose : elle est pratiquée le 28 février avec l'assistance du Dr Lavillat. Le lendemain le malade présente une température très élevée (39°5) et des signes de bronchite généralisée. Cette bronchite dure dix jours mettant en péril la vie du malade. Des injections intrapulmonaires d'huile goménolée sont faites tous les jours à la dose de 20 à 30 centimètres cubes. Le séjour au lit est interdit au malade : 5 injections de vaccin polyvalent I.O.D. sont faites. Le 10 mars la température tombe, l'état général s'améliore rapidement, l'expectoration purulente diminue progressivement.

*Opération.* — Le 19 mars, la thyrotomie est pratiquée à la clinique de Dr Arrighi avec l'assistance du Dr Schoussboë sous anesthésie

locale à la syncaïne-adréraline solution au 1/200). A l'ouverture du larynx l'exploration au doigt décele un certain degré d'infiltration de la muqueuse de l'aryténoïde gauche nous décidons de tenter l'extirpation de la tumeur et de la faire suivre d'une application de radium. Le périchondre est ruginé et la tumeur extirpée avec la muqueuse infiltrée de la face interne de l'aryténoïde sectionnée sur la ligne médiane; l'épiglotte infiltrée est détachée avec la masse néoplasique (fig. 4).

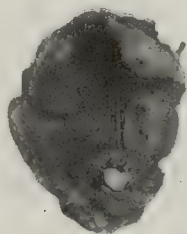


FIG. 4.

Une sonde nasale est placée dans la narine gauche pour assurer l'alimentation. Tamponnement de la cavité laryngée avec une mèche de gaze modérément tassée et emprisonnée dans un sac de gaze.

Le 20 mars aucune réaction fébrile. Le tamponnement est enlevé, un tube de radium de 25 milligrammes est placé dans la cavité laryngée. La filtration de l'émanation est renforcée par une enveloppe d'aluminium de 1 millimètre et un drain de caoutchouc recouvert lui-même d'un manchon de cinq épaisseurs de gaze. La cavité laryngée est comblée par un tamponnement avec une mèche tassée légèrement, le tout dans un sac de gaze.

Le 21 mars, le pansement est renouvelé et le tube est remis en place jusqu'au lendemain.

Le 22 mars, le tube est enlevé ainsi que la canule de trachéotomie. Le pansement est fait à plat en insinuant une compresse entre les lèvres de la plaie cutanée pour empêcher la réunion précocce de la peau et obtenir la soudure préalable de la section du cartilage thyroïde.

Le malade quitte la clinique, l'application de radium a duré cinquante-deux heures.

Pansement journalier pendant dix-huit jours.

Le 8 avril la soudure de la section du cartilage thyroïde est réalisée et la réunion de la plaie cutanée favorisée par des pansements à plat avec du tulle gras Lumière. Les pansements sont confiés à son entourage.

La plaie endolaryngée présente une surface de bourgeonnement unie, recouverte en grande partie de mucosités.

Le malade est revu toutes les semaines, il continue à s'alimenter par la sonde nasale mise en place seulement aux heures des repas.

Le 20 avril, la plaie cutanée est entièrement cicatrisée, le pansement est enlevé, le malade peut commencer à avaler des solides, il utilise encore la sonde nasale pour boire.

Le 3 mai le malade peut commencer à boire sans le secours de la sonde nasale. La plaie endolaryngée est bien détergée, le bourgeonnement s'affaisse, la corde vocale droite, jusqu'ici encore rouge et œdématisée, reprend presque ses caractères normaux. Le malade présente encore une expectoration muco-purulente mais peu abondante.

Le 27 mai le malade a repris un peu de travail depuis quinze jours, mais il est actuellement déprimé, subfébrile (température le soir 37°8); à l'auscultation on perçoit de gros râles bronchiques disséminés surtout à droite. Je prescris une potion calmante, le repos, des toniques.

Le 3 juin, le malade présente encore quelques râles bronchiques, une expectoration muco-purulente encore abondante mais plus de fièvre, il peut reprendre un travail modéré.

Je n'ai plus revu le malade. J'ai appris qu'au mois d'août une nouvelle poussée de bronchite suivie de broncho-pneumonie l'a emporté en quelques jours.

Il s'agissait probablement d'une broncho-pneumonie de déglutition : parfois des parcelles d'aliments et des liquides s'égarèrent dans son larynx encore mal protégé par le moignon épiglottique.

---



# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## SECTION D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE PHILADELPHIE (1).

*Séance du 17 janvier 1923.*

**RALPH PEMBERTON. — A propos de l'influence de l'infection focale; les moyens de la combattre.**

L'auteur n'envisage dans cet article que l'arthrite comme conséquence d'une infection focale. Tout en ne niant pas son importance, il faut remarquer que la suppression du foyer infectieux ne s'identifie pas toujours avec la guérison de l'affection consécutive. Il arrive même qu'alors que dans les cas précoces la suppression du foyer infectieux a donné d'excellents résultats elle donne un coup de fouet à la maladie, si elle est pratiquée à un stade plus tardif ou moins favorable.

G. FETTEROLF demande si après l'ablation des amygdales, l'aggravation des symptômes est due à une dose augmentée de toxines lancées dans la circulation pendant la tonsillectomie. La consommation de sucre ne joue-t-elle un rôle important dans la carie dentaire ?

G. WOOD. — Est-il possible de déterminer par l'étude clinique d'une infection organique si les troubles de métabolisme sont dus à l'infection même ou à une autre cause ?

JAMES BABBITT. — Jusqu'à quel point l'analyse du sang peut-elle donner des indications dans certaines infections. Il cite un cas de dépression avec idées de suicide chez un jeune homme, qui guérit rapidement après extraction d'une vieille racine cariée.

PEMBERTON estime que le sucre a une influence sur la carie dentaire. Quant à l'aggravation de certains cas après une intervention, elle peut être expliquée de deux façons : ou bien l'opération rend l'agent pathogène plus virulent ou bien il se produit un processus qui renverse l'équilibre déjà instable. Une leucocytose fait penser à une affaire septique, à une infection locale. La suppression du foyer infectieux n'est pas tout ; elle doit être complétée par d'autres moyens thérapeutiques. Il n'a pas grande confiance dans la vaccinothérapie, bien qu'il ait vu certains cas réagir parfaitement au vaccin.

---

*Séance du 21 février 1923.*

**JAMES BORDLEN. — La surdité progressive d'origine non suppurative de l'oreille moyenne.**

La surdité progressive dépend de trois facteurs : de l'état vibratoire du tympan, des altérations de la chaîne des osselets et de la

1. D'après *Annals of otology*.

pression intra-auriculaire. Le tympan, le marteau et l'enclume ne sont nécessaires que pour une audition parfaite. L'étrier qui contrôle la stabilité de pression intralabyrinthique, par contre est indispensable pour une bonne audition. Les altérations tympaniques et auriculaires ne provoquent des troubles de l'audition que quand elles compromettent l'équilibre intralabyrinthique. Les expériences faites par l'auteur il y a quelques années, ont démontré que les épreuves telles que le Valsalva et le Politzer étaient excellentes pour prouver une perméabilité tubaire, mais non pour prouver le fonctionnement physiologique de la trompe.

L'auteur présente un instrument qui permet de déceler la moindre variation de tension. Il a démontré avec cet appareil que les personnes avec des tympan normaux et une audition normale montraient des variations de tension pendant qu'ils parlaient, alors que des malades atteints de sclérose tympanique ne présentaient aucune altération, et que dans l'atrophie des trompes l'appareil marquait le plus souvent une tension exagérée.

L'auteur a recherché les rapports entre certaines surdités, et la présence de tissu lymphoïde dans les parois tubaires. Ces amas lymphoïdes, situés dans le pourtour de l'orifice tubaire peuvent être une cause d'obstruction tubaire et d'infection périlabyrinthique. Les expériences n'ont pas permis de déceler dans le tissu lymphoïde un microbe spécial qui pourrait être mis en rapport avec la surdité chronique. Inutile d'insister sur les végétations adénoïdes latérales et sur les brides cicatricielles des orifices tubaires comme cause de surdité progressive.

Dans de nombreux cas de surdité progressive non compliquée d'otite suppurative, l'auteur a constaté d'après une étude radiologique trois types de lésions de la mastoïde, un obscurcissement des cellules, une destruction des cellules et de la sclérose. Ces altérations semblaient prendre naissance du côté de la caisse ; d'après l'auteur elles paraissent être en rapport intime avec la surdité progressive, leur présence semble même assombrir le pronostic, si la conduction aérienne est très réduite.

D'après un plan méthodique l'auteur a traité 300 malades (libération des orifices tubaires, bougirage après cautérisation médicamenteuse, etc.) pendant un an ; ces patients peuvent être répartis en quatre groupes. Dans le premier, l'auteur range les cas de simple atrophie du tympan avec une trompe largement ouverte, une mastoïde scléreuse, dans le second les otoscléreux sans altération de la membrane tympanique, de la trompe ou de la mastoïde, avec perte de la conduction aérienne, augmentation de la conduction osseuse, élévation de la limite pour les sons graves. Le troisième groupe réunit uniquement des enfants de 7 à 16 ans devenus rapidement sourds après une infection aiguë. Restent les malades du quatrième groupe, atteints de surdité compliquée simple.

Les résultats thérapeutiques sont peu encourageants ; aucuns cas des trois premiers groupes respectivement (55, 6 et 12) n'ont été améliorés ; dans le quatrième groupe avec 277 malades, on note 8 guérisons, 5 guérisons d'un côté, 18 cas améliorés de moitié, 21 légèrement améliorés, 26 montrant une amélioration uniquement aux épreuves, 149 cas non améliorés.

P. RANDALL. — Les bandes de tissu cicatriciel dans la fosse de Rosenmüller sont des vestiges de tissu adénoïdien atrophié. La perte des sons aigus est temporaire et d'ordre neurasthénique. La pathologie de la trompe d'Eustache est très importante, c'est par son traitement qu'on arrive à améliorer un grand nombre de cas. Il n'a presque jamais utilisé le bougirage; malgré cela les bougies de Jaulsanen lui semblent avoir une certaine valeur thérapeutique.

MAC GUEN SMITH. — Une bonne audition est fonction d'une aération parfaite des fosses nasales et des trompes d'Eustache. Le bougirage lui a donné si peu de résultats qu'il l'a abandonné. Dans les atrophies avancées, il n'a jamais obtenu d'amélioration; dans les cas d'hydrops ex vacuo, il fait habituellement une myringotomie, laisse écouler le liquide et dilate ensuite la trompe. L'audiomètre ne semble être utilisé que pour des recherches scientifiques.

---

*Séance du 21 mars 1923.*

DORRANCE. — **Rhinoplastie pour la réfection totale ou partielle du nez.**

FIELDING LEWIS cite un cas d'absence totale du nez et de la lèvre supérieure, vraisemblablement congénitale chez une jeune fille qu'il a opérée par greffes successives au point d'obtenir un nez présentable.

GEORGE WOOD. — **Présentation d'un cas de déplacement d'un cornet moyen.**

Il s'agit d'un homme de 39 ans qui présentait un élargissement considérable de la partie postérieure du cornet inférieur gauche. Ablation à l'anse chaude; la pièce enlevée était pratiquement le cornet moyen entier qui avait été sectionné plusieurs années avant et enfoncé dans le cavum. Ainsi pédiculé, il s'était hypertrophié et semblait être une volumineuse queue de cornet.

NATHAN STAUFFER. — **Un cas de microtie avec absence du canal auditif externe.**

Le nourrisson, âgé d'un mois, avait comme pavillon quelques petites excroissances dépourvues de cartilages avec quelques petites excavations. Pas de méat. La radiographie montrait un petit canal osseux; l'atrésie ne semblait donc être que membraneuse.

R. T. HUNTER. — **Un cas de granulome inguinal associé à des lésions des lèvres, du pharynx et du larynx.**

Le granulome inguinal est endémique dans la région de Philadelphie: tous les cas observés à l'hôpital, étaient de la race noire. Diagnostiqués comme tuberculose de la peau, cancroïde rebelle ou infec-

tion syphilitique, ils furent traités avec plus ou moins d'amélioration.

Les lésions débutaient par une papule élevée au-dessus de laquelle la peau apparaissait lisse et atrophiée. Puis il se formait une ulcération bourgeonnante. Ces lésions étaient accompagnées d'un œdème dur et profond, ressemblant parfois à l'éléphantiasis. Le diagnostic se fait grâce à la présence du microbe décrit par Donovan; le traitement spécifique est le tartrate d'antimoine intraveineux en solution de 1 % à raison de 5 centimètres cubes en augmentant journellement la dose jusqu'à 10 centimètres cubes. Pour l'examen microscopique le frottis fait avec la sérosité suffit.

Le malade que l'auteur présente était atteint de lésions inguinales, labiales et pharyngées. Le Wassermann était négatif, un traitement d'épreuve n'avait donné aucun résultat. Revenu à l'hôpital une seconde fois, il présentait les mêmes lésions au frottis, on diagnostiqua le granulome inguinal. Les lésions guérirent avec le traitement au tartrate d'antimoine. Son enrouement disparut. Mais il subsistait une synéchie vélopharyngée avec disparition de la luette. La mâchoire est légèrement ankylosée.

RANDALL. — Bien souvent ces cas sont diagnostiqués comme tuberculose ou syphilis et traités comme tels pendant des années, alors qu'un traitement au tartrate leur rend la guérison en quelques semaines. Il a pourtant vu une jeune fille qui ne réagit nullement à l'antimoine malgré un traitement intraveineux et même intramusculaire sérieux.

SMALL a observé environ 40 cas; il n'a jamais pu reproduire les lésions et a quelques doutes sur la nature de l'organisme microbien en cause; il croit même qu'il s'agit du même bacille que l'on trouve dans le rhino-sclérome. Il prône l'antimoine comme agent thérapeutique.

KOLMER. — Si l'agent pathogène est un microbe, ainsi que le pense le Dr Small et non un protozoaire, l'antimoine serait le plus frappant exemple de la chimiothérapie contre l'infection bactérienne.

**HARRY WILMER. — A propos d'une série de cas d'asthme; remarques sur le diagnostic et le traitement.**

L'auteur cherche à prouver la valeur de la cuti-réaction dans le diagnostic de l'asthme et le choix du traitement. La recherche de la cuti-réaction peut dans un grand nombre de cas rendre inutiles certaines opérations endonasaes (déviation, crêtes, cornets); l'opération ne prend son droit, que si la cuti-réaction négative n'a pas permis d'instituer un traitement désensibilisateur. Sur 100 cas, il a trouvé 70 % de réactions positives 20 % plumes de poussins et d'oies, 15 % œufs et lait, blé 10 %, pollen du printemps, 5 %, pollen d'automne, 10 %, poils de chiens, de lapins, etc. (1 %).

Un diagnostic étiologique peut être fait jusque dans 10 % des cas, s'il est étayé sur des antécédents bien établis, sur une étude radiologique des sinus, sur un examen minutieux du nez et du larynx, sur la cutiréaction faite avec tous les corps protéiniques et pollens.

L'auteur divise l'asthme en 6 groupes selon son étiologie: 1° le type hermique (attaques après un changement brusque de température ;



2° le type chimique (inhalation d'une odeur très forte, parfums, fleurs, etc.) ; 3° le type névrotique et atmosphérique (sujets nerveux, émotionnels et influencés par l'orage, etc.) ; 4° le type pollinique ; 5° le type protéinique (éléments épidermiques, nourriture) ; 6° le type bactérien.

Le diagnostic se fait par élimination. Le traitement est différent selon la cuti-réaction. Si elle est positive, administration de 10 grammes d'iodure de potassium puis autovaccinothérapie à laquelle on adjoint l'extrait protéinique, si l'action antimicrobienne est nulle. Dans l'asthme pollinique ou protéinique, inutile d'insister sur le mode thérapeutique.

N. KOLMER. — Seuls les cas d'origine cardiaque n'ont pas besoin d'une recherche complémentaire sur leur état de sensibilisation. Il a obtenu les meilleurs résultats dans l'asthme bactérien. La réaction intradermique est préférable à la cuti-réaction. La vaccination doit être prolongée au delà de la guérison ; elle a en même temps un bon effet sur la bronchite.

LÉOPOLD. — La plupart des cas d'asthme qu'il a observés avaient été opérés antérieurement par des rhinologistes. Les cas d'asthme d'origine microbienne sont souvent associés à la présence de queues de cornets en contact avec la cloison, de polypes, etc.

Il n'est pas d'accord avec la classification du Dr Wilmer, notamment en ce qui concerne le type atmosphérique, qu'il n'est jamais arrivé à prouver.

*Séance du 18 avril 1923.*

#### M. COATES. — Appareils et épreuves auditives.

Pour le diagnostic de la nature de la surdité les épreuves de Rinne, Weber, Schwabach, Gellé suffisent mais elles ne peuvent indiquer le degré. Il faut alors recourir à l'épreuve de la montre, de la voix ; mais ces épreuves sont loin de pouvoir être standardisées. Les îlots auditifs sont difficiles à déterminer par nos méthodes actuelles ; le problème aurait trouvé sa solution si l'on pouvait construire un appareil enregistrant les seuils inférieurs et supérieurs, la durée de la conduction aérienne et solidienne, l'acuité auditive pour les sons ordinaires, la perception isolée de notes uniques.

#### HARVEY FLETCHER. — La mensuration audiométrique et ses avantages.

Description de trois types d'audiomètre qui reposent tous sur le principe du microphone ; un grand avantage consiste à obtenir un son dont l'intensité ne varie pas.

Il y a trois principales indications pour leur emploi :

1° Examen des candidats pour les écoles, l'armée, la marine, les grands établissements industriels ;

2° But diagnostique ;

3° La recherche du traitement, approprié aux données entières que fournit l'appareil.

*Séance du 18 mai 1923.*

**F.-D. FRASER. — Un schéma de recherches internationales dans l'otosclérose et les surdités semblables.**

Cette maladie étant encore trop peu explorée, il y aurait intérêt à faire des recherches internationales.

L'auteur discute la pathogénie de cette affection; il retient 10 causes; le sexe (prédominance du sexe féminin), l'hérédité (environ 50 % des cas), surdité congénitale et otosclérose (deux maladies différentes), l'âge (la plus grande fréquence entre 18 et 26 ans), lésions toxiques (anémie, infection intestinale, grossesse), troubles nerveux dystrophiques, dysfonction des glandes endocrines (douteuses d'après l'auteur), des attaques d'otite moyenne (localisation de l'infection sur la fenêtre ovale, point de moindre résistance), troubles congénitaux du tissu de soutien, et enfin l'otosclérose considérée comme une affection primitive de la capsule labyrinthique, l'infection se faisant par voie sanguine (?).

L'auteur passe ensuite en revue l'anatomie de la région, la pathologie du processus otospongieux, et la symptomatologie. Il insiste sur la nécessité d'un travail coordonné dans tous les pays portant autant sur le laboratoire (microscopie, chimie, expérimentation) que sur la clinique (statistiques, symptômes, examens et diagnostics cliniques), et enfin traitement (médical, endocrinien, vaccinal, opératoire).

QUIRIN.

---

**II<sup>e</sup> CONGRÈS DES O.-R.-L. ALLEMANDS DU SUD-OUEST (1)**

*9 mars 1924.*

**M. MEYER. — Structure et développement de la capsule osseuse du labyrinthe humain (V. Analyses).**

**MANASSE. — Anatomie pathologique des labyrinthites inflammatoires et de la tuberculose labyrinthique (Rapport).**

La labyrinthite est d'origine tympanique, méningée ou métastatique. Elle est séreuse ou suppurée, aiguë ou chronique. Dans la forme tympanogène la voie d'infection habituelle est celle des fenêtres, plus rarement une irruption brusque par fonte de la capsule labyrinthique. Mais, dans certains cas, la scarlatine notamment, toutes ces voies peuvent être simultanées. Par des préparations, Manasse montre dans les formes séreuses, l'organisation précoce de l'exsudat, la transformation en labyrinthite suppurée. Il montre également toutes les variétés de cette dernière, avec et sans fonte de la capsule. L'auteur insiste également sur les formes circonscrites et aussi dans les cas plus rares où

1. D'après *Folia otolaryngologica*.

l'appareil vestibulaire étant très altéré, l'appareil cochléaire est presque intact. Manasse termine en faisant des exceptions de tuberculose du labyrinthe.

**K. BECK. — Les modifications de l'oreille interne dans les tumeurs ponto-cérébelleuses.**

Deux cas. Dans l'un névrite du tronc acoustique et dégénérescence de l'organe de Corti. Dans l'autre, hémorragie dans le limaçon du côté opposé; du côté de la tumeur, dégénérescence de l'organe de Corti.

La cause de ces lésions est évidemment difficile à élucider; compression du VIII<sup>e</sup> par la tumeur, hyperpression intracrânienne.

**RUMINEL. — Hypernéphrome avec métastases labyrinthiques.**

**MARX. — Le diagnostic des affections labyrinthiques (Rapport).**

La fonction auditive est le plus souvent abolie. L'assourdissement de l'oreille est très utile pour le diagnostic, dans la surdité unilatérale, et pour dépister la simulation. Il est très difficile de distinguer la surdité labyrinthique de la rétro-labyrinthique d'après la courbe auditive.

Le signe le plus important est la présence de nystagmus spontané. A ce propos l'auteur passe en revue les nystagmus volontaire, hystérique, au cours des autres affections (notamment l'érysipèle et la sclérose en plaques), les n. de fixation et de fatigue.

Quant au nystagmus provoqué, le plus important est le nystagmus calorique; surtout quand on utilise la méthode d'excitation minima. Les différences individuelles obligent à être circonspect dans le diagnostic d'hypo ou d'hyperexcitabilité.

L'étude du nystagmus post-rotatoire est aussi très utile. Mais le nystagmus galvanique ne permet aucune conclusion sur l'état du labyrinthe. Le nystagmus par compression a une grosse valeur en tant que signe de la fistule.

Les troubles de la fonction otolithique sont admis quand nystagmus et vertiges se produisent uniquement dans certaines positions de la tête dans l'espace et quand il y a des troubles dans la contre-rotation des yeux.

Une grande circonspection doit aussi être de règle dans l'interprétation de l'épreuve de l'index (différences individuelles, facteurs psychiques). Très intéressantes, quoique incomplètement élucidées, sont sur cette épreuve les influences de la position de la tête, des yeux, l'hyperesthésie dans la zone du trijumeau.

Des mouvements réactionnels, la chute est la plus importante, encore que le facteur psychique puisse jouer un rôle considérable.

Le diagnostic de la cause du vertige subjectif est souvent très difficile, puisque dans les névroses il peut y avoir du vertige rotatoire et vestibulaire typique.

**KÜMMEL. — Le traitement opératoire de la labyrinthite et ses modifications.**

Il est encore trop tôt pour poser des indications opératoires formelles. La fréquence des processus de réparation pourrait peut-être rendre sceptique sur la valeur curative de l'ouverture du labyrinthe. Il est certain qu'il faut laisser tranquilles les fistules des canaux, quand il n'y a pas de signes d'excitation mais seulement de petits signes de paralysie labyrinthique. Mais si un malade présente à la fois des signes d'excitation et des signes de paralysie et qu'à l'opération, on constate la rupture des fenêtres (ce qu'il faut toujours rechercher soigneusement), l'ouverture du labyrinthe est indiquée. De même s'il y a des signes de méningite concomitante à la labyrinthite, quoiqu'il n'y ait guère d'espoir. Au cours d'une otite aiguë, à moins qu'il n'y ait des signes méningés, il faut se contenter de la paracenthèse et de l'antrotomie, même si les signes labyrinthiques sont très marqués ; dans les suppurations chroniques de l'attique, l'évidement suffit le plus souvent, à la condition de vérifier l'état des fenêtres.

**Voss. — Résection labyrinthique partielle dans la méningite labyrinthique.**

D'après le résumé que nous avons sous les yeux, il ne nous semble pas que le procédé de Voss soit autre que celui bien connu consistant à ouvrir le limaçon en trépanant le promontoire et à découvrir le trou auditif interne.

**MORAVVITZ. — Le traitement spécifique de la tuberculose.**

C'est un plaidoyer en faveur de la tuberculine.

**BRÜGGEMANN. — L'opération des polypes naso-pharyngiens.**

Brüggemann préconise le Denker, mais fait du côté où le polype a le moins envahi le nez ce qui permet d'aborder la tumeur sans hémorragie. Il recommande aussi de réséquer la cloison d'arrière en avant avec la pince de Hajek.

**WELNER. — Tumeurs amyloïdes du nez et du larynx.**

**MÖLLER. — Exostoses multiples des sinus de la face.**

**AMERBACK. — La rhinite amniotique.**

Amerback a trouvé assez fréquemment chez des fœtus de 22, 30 centimètres et plus un catarrhe suppuré du nez et des sinus, dû vraisemblablement à la pénétration du liquide amniotique.

---



## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGO-RHINOLOGIE

*Séance du 6 mai 1924.***GLAS. — Infiltration gommeuse de l'épiglotte et de la moitié droite du larynx.**

C'est une récidive de manifestations analogues survenues un an avant. Mais cette fois-ci, les lésions résistent à tous les traitements.

**GLAS. — Tuberculose du larynx localisée.**

Ulcérations limitées à l'épiglotte; le reste du larynx est indemne. L'auteur discute la valeur de l'amputation de l'épiglotte. L'acide lactique, le galvano-cautère et l'héliothérapie donnent de meilleurs résultats.

**GLAS. — Gros kyste dentaire du maxillaire supérieur gauche.****MENGEL. — Les lésions professionnelles de la muqueuse des voies respiratoires supérieures chez les ouvriers travaillant dans les poussières.**

1<sup>er</sup> cas : ouvrier boulanger de 43 ans présentant des lésions analogues à la rhino-pharyngite atrophique simple.

2<sup>e</sup> cas : menuisier de 70 ans; atrophie sèche de la muqueuse nasale et naso-pharyngée; perforation ronde de la cloison un peu au-dessus de l'endroit classique.

L'examen de 200 menuisiers montre qu'il s'agit bien de lésions professionnelles.

**WEILL. — Epithélioma laryngé à évolution favorable.**

De la lecture de la communication et de la discussion, il semble qu'il s'agisse chez cet homme de 74 ans, d'un papillome corné volumineux n'ayant pas bougé depuis plusieurs mois où il en est observation.

**THEIMER. — Tumeur de l'amygdale gauche.**

C'est le cas montré en avril. L'examen histologique donne : tissu en grande partie fibreux avec un peu d'œdème; tissu lymphoïde restreint à la bordure.

**KISSMANNA. — Déhiscence des os propres du nez par les polypes bénins.**

Il s'agit d'une polypose récidivant depuis vingt-cinq ans chez un homme de 67 ans.

WESSELY. — **Complications après une ponction du sinus maxillaire.**

C'est un phlegmon de la face, survenu à la suite de la 10<sup>e</sup> ponction, cependant pratiquée correctement. D'après les constatations opératoires, Wessely pense à une atrophie sénile de la paroi interne du sinus, au cours d'une sinusite vieille de onze ans, et favorisée par les ponctions répétées antérieures.

FEUCHTINGER. — **Rupture d'un anévrisme de l'aorte au cours d'une trachéotomie.**

---

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

*Séance du 26 mai 1924.*

O. BECK. — **Thrombose sinusienne étendue, survenue au vingt-deuxième jour d'un évidement.**

POPPER. — **Otite chronique avec cholestéatome, labyrinthite, thrombose sinusienne traitée par la roentgenthérapie.**

Comme le malade a été opéré, et la radiothérapie faite secondairement, l'influence de cette dernière ne nous paraît pas aussi probante qu'à l'auteur.

POPPER. — **Otite chronique avec syndrome de Ménière récent.**

Deux mois après l'écoulement, et la plaie étant épidermisée les vertiges persistent. L'auteur pense donc qu'ils ont pour point de départ l'oreille opposée, non suppurante mais qui présente une légère surdité labyrinthique.

R. POLLACK. — **Otite moyenne chronique droite suppurée avec labyrinthite séreuse tardive.**

Otite moyenne chronique avec signe de la fistule. Evidement ; quatre semaines après, survient un nystagmus horizontal vers le côté malade ; deux jours après nystagmus vestibulaire typique violent vers le soir. La paroi interne de la caisse depuis quelque temps était devenue granuleuse. Il s'agit donc d'une altération de la paroi labyrinthique avec labyrinthite séreuse, post-opératoire mais tardive et qui disparut d'ailleurs au bout de trois jours.

L. FESCHNER. — **Radiothérapie de l'othématome.**

Deux cas d'othématome traumatiques, guéris après une séance d'irradiation.

**H. NEUMANN. — Un cas de polype naso-pharyngien.**

Tumeur, chez un garçon, dont un prolongement sort par le nez et qui refoule la paroi maxillaire. L'auteur se propose de la traiter par le radium.

**R. LEIDLER. — Otite à *S. mucosus*. Sequestre labyrinthique.**

Il s'agit d'une femme enceinte de cinq mois. A l'opération tout le labyrinthe se montra sequestre. Abscès extra-dural de la fosse cérébrale postérieure. Mort par leptoméningite purulente diffuse. La grossesse a certainement contribué à créer un état de moindre résistance.

**GOLDBERGER. — Otite moyenne chronique. Cholestéotome fétide. Thrombose sinusienne sans fièvre.**

**H. NEUMANN. — Suture secondaire. Thrombose sinusienne consécutive.**

---

IV<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL  
DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'O.-R.-L.

*Tenu à Breslau du 5-7 juin 1924.*

**KOCHMANN. — Les bases théoriques de l'anesthésie locale.**

**AMERSBACH. — L'anesthésie locale des voies respiratoires supérieures et de l'œsophage.**

**NEUMANN. — L'anesthésie locale en otologie.**

Ces trois rapports constituent de bonnes revues générales qui ne font que conformer la pratique et les idées courantes.

**A. LOOBELL. — Recherches expérimentales sur les modes d'application de la cocaïne sur les muqueuses.**

Par des biopsies, l'auteur a trouvé que entre les badigeonnages, les applications de tampons imbibés de cocaïne et les pulvérisations (qui, elles cependant épargnent l'épithélium), il n'y a aucune différence par rapport à l'état des tissus.

**C. HIRCH. — La tutocaïne dans l'anesthésie des muqueuses.**

C'est un nouvel anesthésique qui a toutes les qualités et aucun défaut. Du moins est-ce l'avis de l'auteur et de la plupart de ceux qui ont pris part à la discussion. Espérons que l'avenir ne démentira pas cet optimisme à l'égard de cette nouvelle merveille de la chimie industrielle.

**ALBRECHT. — Pneumatisation et constitution.**

Se basant sur des recherches radioscopiques et sur l'étude de l'influence de la constitution sur l'évolution des suppurations auriculaires, il pense que la pneumatisation dépend aussi bien des modifications acquises (otite des nourrissons) que de l'état congénital de la muqueuse.

**ALBRECHT. — Suppurations auriculaires et pneumatisation de la mastoïde.**

D'après ses constatations cliniques radiographiques, l'auteur pense comme Wittmaack que la mastoïde compacte est un processus d'arrêt de développement, quoiqu'elle puisse être dans certains cas rares, le résultat d'une hyperossification d'ordre inflammatoire.

**O. BECK. — Chirurgie et traitement post-opératoire des abcès du lobe temporal.**

Dans les cas où le siège et l'extension de l'abcès sont tels qu'il s'étend jusque près de la surface cérébrale, Beck préconise une contre-incision au niveau de la convexité du lobe temporal. Le drainage est ainsi meilleur. Trois cas à l'appui : une guérison, 2 survies de plusieurs semaines. D'une manière générale, il faut abandonner le drainage aussitôt que possible, et éviter toute introduction d'instrument au cours des pansements. L'incision doit être autant que possible médiane et dirigée en dedans, à cause de la tendance de l'abcès à s'étendre vers la corne occipitale.

**F. FREMEL. — A propos des voies de propagation de l'abcès cérébral otogène.**

Dans un cas d'abcès cérébelleux non opéré, les examens macro et microscopiques montrèrent le canal petro-mastoïdien comme voie de propagation ; il y avait comme intermédiaire un petit abcès intradural. Dans un deuxième cas, il y avait une fistule aboutissant aussi à un abcès extra-dural.

**STEURER. — La pathogénie des labyrinthites nécrosantes.**

Il faut distinguer les nécroses labyrinthiques inflammatoires et les labyrinthites suppurées nécrosantes. La pathogénie des ces dernières est nette ; les produits toxiques déversés d'une manière prolongée de la caisse dans le labyrinthe déterminent la destruction nécrotique des exsudats résultant de la suppuration du labyrinthe. Moins claire est l'explication des nécroses labyrinthiques inflammatoires, en particulier de celles qui se déclarent brusquement au cours d'une otite. L'expérimentation et l'histologie donnent à penser qu'il se produit d'abord une exsudation séreuse dans les cavités labyrinthiques. D'où compression et destruction des parties molles du labyrinthe, pouvant aboutir à leur nécrose. S'il survient secondairement une



inflammation bactérienne, ces parties molles nécrosées ne peuvent plus neutraliser les produits toxiques élaborés ; l'extension du processus inflammatoire aux méninges ne rencontre plus d'obstacle. La cause d'une telle complication labyrinthique peut résulter du comblement des fenêtres par les épaissements de la muqueuse, comme cela arrive souvent dans les mastoïdes scléreuses.

**SSHLENDER. — Clinique et évolution de la labyrinthite conscriptive.**

De cette communication nous ne retiendrons que les quelques points particuliers suivants : les fistules apparaissant longtemps après la radicale, tiennent à des nécroses secondaires de la paroi labyrinthique, en rapport avec les troubles de nutrition produit par l'opération. La différenciation du nystagmus spontané dans la fistule avec celui des processus de la fosse cérébrale postérieure n'est possible que pour l'étude de leur durée et de leur intensité. La localisation de la perte de substance ne peut être déduite avec certitude des caractères du signe de la fistule. Au point de vue thérapeutique, on tend de plus en plus à devenir conservateur. Cependant il faut ouvrir le labyrinthe malgré un signe de la fistule positif dans les cas où, toutes les autres fonctions étant supprimées, on trouve à l'opération des lésions labyrinthiques étendues. Ceci, à cause du danger de ménigite.

**DEMETRIADES ET SPIEGEL. — Recherches expérimentales sur les réflexes labyrinthiques végétatifs et leur localisation centrale.**

L'influence du labyrinthe sur le système vasculaire se traduit par un abaissement de la pression sanguine, même après excitation rotatoire minima. Cet abaissement s'établit comme celle du vague dépressur, par la voie des splanchniques et montre le même type. Consécutivement à la chute de la pression artérielle survient un abaissement de la pression céphalo-rachidienne et une diminution du volume du cerveau, en somme une anémie cérébrale. C'est ainsi que s'explique la décongestion des veines du fond de l'œil par l'épreuve calorique. Cette anémie cérébrale contribue sans doute à augmenter le vertige vestibulaire. Et puisque même les excitations minima (rotation de la tête) déterminent un abaissement de la pression sanguine, on peut penser que le labyrinthe exerce comme le nerf dépressur du vague, une fonction régulatrice de cette pression sanguine.

D'autre part l'excitation du labyrinthe augmente le tonus de la musculature de l'intestin grêle. Les électro-cardiogrammes montrent aussi chez le chien, mais pas sur le chat ni le lapin, une influence du labyrinthe sur l'activité du cœur et sur le poulx. Enfin l'action réflexive du labyrinthe sur la pupille s'exerce par les oculo-moteurs (directs et croisés) et persiste malgré la section du sympathique cervical.

Le réflexe intestinal et celui sur la pression sanguine persistent après section du méso-céphale, ils ne sont donc pas la conséquence

du vertige. Des recherches sur le lapin ont montré qu'après destruction du noyau triangulaire, particulièrement dans sa portion orale, le réflexe dépresseur manque du côté lésé. Mais la destruction des autres noyaux labyrinthiques, ainsi que l'ablation totale du cervelet n'ont aucune influence sur ce réflexe. Il est probable que le réflexe intestinal siège aussi dans le noyau triangulaire.

C'est donc dans le noyau triangulaire qu'il faut chercher les centres des réflexes labyrinthes végétatifs, c'est-à-dire ceux qui transmettent les excitations labyrinthiques sur le système autonome.

La succession des phases du réflexe vasculaire (abaissement, puis augmentation de la pression) et du réflexe pupillaire (myosis, puis mydriase) a une analogie avec le phénomène désigné par Sherrington comme induction successive (renversement de l'excitation nucléaire). Peut-être le polyphasisme du nystagmus peut-il s'appliquer par le même processus.

#### GRAHE. — Réflexes des canaux semi-circulaires sur les extrémités du lapin.

Expériences faites sur le lapin immobilisé de telle façon que seules les pattes antérieures soient libres. Aux épreuves caloriques chaude et froide on constate que le mouvement ampullopète dans le canal horizontal s'accompagne d'extension et d'abduction de la patte homologue de l'oreille excitée, de flexion et d'adduction de la patte opposée. C'est le contraire dans le mouvement ampullofuge. Si par le renversement de la tête, on change le sens du courant, on obtient le renversement des réactions toniques des pattes. Ces réactions manquent après extirpation du labyrinthe, mais persistent après destruction de la muqueuse de la caisse et après extirpation du ganglion de Gasser. Des réactions analogues s'observent avec l'épreuve rotatoire.

#### BLOHMKE. — Le nystagmus de l'obscurité.

Des expériences variées semblent montrer qu'il ne s'agit pas là d'un trouble périphérique optique ou vestibulaire, mais d'un trouble d'innervation centrale.

SZASZ. — Contribution au vertige vaso-moteur et à la possibilité de l'origine vasculaire de l'épreuve calorique.

(A suivre).

# REVUE ANALYTIQUE

(OUVRAGES, THÈSES ET ARTICLES)

---

Dr SOUCHON (*de Nîmes*). — **La trousse photogène Némausa**. (Imprimerie « La Laborieuse », Nîmes).

C'est une adaptation ingénieuse de la lampe électro-mécanique de poche, reliée par un fil souple au miroir de Clar et actionnée au pied.

Des dessins expliquent clairement le dispositif employé.

C. BUNCH. — **Les épreuves d'audition chez les sujets « normaux »**, *Annals of Otol.*, mars 1924, t. 33, n° 1, p. 174.

L'audition est-elle cliniquement, c'est-à-dire réellement normale chez les sujets qui pensent entendre normalement ? Pour étudier ce point, qui a une grosse importance sociale et industrielle, l'auteur a examiné 154 personnes entre 17 et 40 ans. Or dans la majorité des cas, la recherche des différentes épreuves a montré des troubles auditifs. La diminution d'audibilité est la plus fréquente entre 2.500 et 3.400 v. d., mais peut aller de 1.000 à 4 000, sans que la limite supérieure soit touchée. Il y a un rapport précis entre ce déficit, la diminution de l'acuité pour la voix chuchotée et celle de la perception osseuse. La limite supérieure de l'audition est généralement bien au-dessous de 25.000 v. d. La correspondance avec les autres épreuves est bien plus nette avec le monochorde qu'avec le reflet de Galton ou le cylindre de Kœnig.

Quant au Weber, il fut trouvé latéralisé dans 7 % des cas, ce qui doit tenir à des états pathologiques méconnus ou à une conduction asymétrique du crâne.

Ces examens ont été faits dans une région où les changements brusques de température favorisent les affections du nez et de la gorge. Ce fait joint aux constatations précédentes, indique vraisemblablement une participation précoce de l'appareil de perception dans la majorité des oreilles pré-supposées normales.

REVERCHON et WORMS. — **Etude radiologique des altérations de l'apophyse mastoïdienne dans les otites aiguës et chroniques**. *O.-R.-L. Intern.*, avril 1923.

Les auteurs font remarquer qu'à l'étranger, en Amérique surtout, l'emploi de la radiographie dans l'exploration de l'apophyse prend beaucoup d'extension. En France, on s'en est surtout occupé pour les cas de guerre, notamment Moure, Lannois et Sargnon. Tout récemment, Lannois et Arcelin, au dernier Congrès International d'Otolo-

gie, ont décrit une incidence spéciale. Les auteurs avec Hirtz se sont beaucoup occupés de la question.

Ils utilisent plus particulièrement l'incidence de profil oblique et l'incidence menton-vertex-plaque. Ils ont aussi employé l'incidence de Lannois et Arcelin surtout pour l'étude du rocher et de la région de la pointe de la mastoïde. Les auteurs donnent alors des détails techniques sur la position du sujet, de l'ampoule, détails qui sont à lire et ne peuvent se résumer.

D'après l'image radiologique, seuls les types de mastoïdite pneumatiques et diploïques répondent à la normale; la mastoïde compacte sans cellule est pathologique. Cependant, pour la mastoïde de l'enfant, avant 2 et même 5 ans, la radiographie ne montre aucune structure cellulaire. Au point de vue de la mastoïde de l'adulte, les auteurs insistent sur la symétrie morphologique complète des apophyses droite et gauche; quand il y a quelque asymétrie, l'examen otologique a toujours montré de l'otite suppurée d'un côté. Cette notion importante résulte de l'observation de plus de deux cents clichés.

La doctrine, encore aujourd'hui classique, suivant laquelle, chez un même individu normal, une mastoïde peut être très volumineuse, très pneumatique et l'autre est scléreuse, semble fausse. La mastoïde, dans les otites aiguës, prend un aspect radiologique modifié dès les premiers jours. C'est un simple flou, un voile discret qui disparaît si l'otite guérit; le flou devient plus intense s'il y a du pus ou des fongosités. On reconnaît encore les travées alvéolaires. Si la lésion continue à évoluer, les travées disparaissent et la mastoïde apparaît comme une tache homogène. Il y a donc deux stades bien différents suivant qu'il y a ou non conservation de l'armature alvéolaire, qui peut donner des indications thérapeutiques et chirurgicales très importantes.

Dans les abcès mastoïdiens on peut nettement voir les types d'abcès sous forme de taches claires sur le fond uniformément sombre de la mastoïde. Les limites sont plus nettement tracées dans le cholestéatome; la mastoïde compacte donne une ombre massive qui ne permet pas de voir les lésions. A l'état normal le sinus est mal vu; à l'état pathologique, lorsque la densité des cellules s'élève, on le voit mieux.

Quelle part de clarté la radiographie est-elle susceptible de jeter sur la conception de l'éburnation de la mastoïde? Faut-il admettre la théorie infectieuse comme la plupart, ou comme Mouret la théorie physiologique? L'étude des radiographies permet de constater:

1<sup>o</sup> La fréquence de la sclérose mastoïdienne dans les otites chroniques. Il y a là un parallélisme étroit;

2<sup>o</sup> L'unilatéralité de la sclérose mastoïdienne dans les otites unilatérales. L'éburnation se rencontre du côté malade;

3<sup>o</sup> Il y a réduction du volume de la mastoïde scléreuse qui a subi un arrêt de développement par suite de l'infection. Cet arrêt de développement est dû à l'infection qui frappe l'os de stérilité à des degrés variables.

Dr SARGNON.

HELSMOORTELS JUNIOR. — **Les mastoïdites et leurs complications.** *O.-R.-L. Intern.*, février 1923.

L'auteur rapporte deux observations montrant qu'un écoulement d'oreille n'est pas une chose insignifiante. Dans l'une il s'agit de phlé-



bite du sinus pour laquelle on pratique la ligature de la jugulaire et l'incision du sinus. Abscès de fixation. Guérison. Il s'agissait d'un adulte. Dans l'autre, chez une jeune fille de 10 ans, il y avait un abcès extra-dural. Guérison par l'intervention. L'auteur adopte la formule opératoire de Sébilleau. Si, au cours d'une otorrhée qui s'accompagne d'une légère réaction mastoïdienne à peine marquée par de la susceptibilité à la pression, on constate la triade : insomnies, céphalées, inappétence, il faut intervenir et au cours de la trépanation se laisser guider par les lésions.

Une mastoïdite prise au début peut guérir sous l'action de la vaccination, mais si, au cours de la vaccination, il n'y a pas d'amélioration, il faut opérer. La vaccination a une heureuse influence sur les suites opératoires de l'antrotomie et de la radicale. L'auteur emploie avec succès les stocks-vaccins qui accélèrent la cicatrisation de la plaie.

D<sup>r</sup> SARGNON.

A.-J. CEMACH. — **La tuberculose de l'oreille.** *Mon. f. Ohr.*, t. LVIII, 1924, f. 4. p. 334.

Nous avons déjà donné le compte rendu des précédents mémoires de Cemach sur la question. Continuant l'étude des moyens de diagnostic, l'auteur envisage maintenant les méthodes spéciales de recherche de la tuberculose. Dix-neuf pages sont ici consacrées à « la réaction focale spécifique », c'est à-dire à la réaction à la tuberculose du côté de l'oreille.

Avec un dosage judicieux et avec un choix convenable des cas et des préparations, la tuberculine sous-cutanée donne une réaction focale du côté de l'oreille dans un tiers des cas ; ce pourcentage peut s'élever jusqu'à la moitié avec une technique plus énergique. Ce procédé, bien appliqué, n'est pas plus dangereux pour l'oreille que pour le poumon. Il n'y a pas de contre-indications tirées du siège de la localisation à l'oreille.

La recherche de la réaction est contre-indiquée dans les poussées évolutives, là où les caractères du foyer pulmonaire et les conditions d'immunité de l'organisme sont à considérer en première ligne. Il ne faut donc faire cette recherche qu'après un examen et une observation suivie, radiologique et clinique, du poumon et de l'état général. Elle doit être menée, suivant les règles appliquées au diagnostic de la tuberculose pulmonaire et par un spécialiste habitué à manier la tuberculine.

La réaction focale concomitante des réactions cutanée et générale, est caractérisée par une hyperémie du tympan (ou de la muqueuse de la caisse). Elle peut s'accompagner des manifestations habituelles de l'inflammation : douleur, exagération de la sécretion, etc. Des douleurs sans symptôme objectif n'ont pas de valeur.

L'auteur n'a pas observé de dommages persistants par suite d'une réaction locale violente. Mais il peut y avoir des manifestations labyrinthiques, à titre de réaction propre à l'oreille interne ; elles sont passagères et le plus souvent localisées en limaçon.

Une réaction positive démontre sûrement la nature tuberculeuse de l'otite ; mais on ne peut tirer de conclusions d'une réaction négative.

tive. Mais pour affirmer la négativité, il faudra pratiquer l'épreuve trois fois, avec des doses croissantes.

LANNOIS et JACOD. — **Contribution à l'étude des méningites suppurées à rémissions.** *Annales des maladies de l'oreille*, t. XLII, n° 12, décembre 1924, p. 1191.

Les cas de leptoméningites aiguës suppurés d'origine otique qui évoluent par stades successifs avec de longues rémissions sont très rares; l'observation que Lannois et Jacod publient concerne un malade qui présente dans le cours de sa méningite trois phases morbides séparées par des intervalles de guérison apparente, un de ces intervalles dura presque un mois.

Cette méningite est survenue au cours d'une ancienne otite moyenne suppurée droite réchauffée. Les signes cliniques furent des plus nets à chaque poussée. La ponction lombaire amena un liquide purulent, mais toutes les cultures sont restées stériles. Pendant les rémissions cliniques, le liquide céphalo-rachidien était clair, sans éléments figurés en quantité anormale, ceci prouve que le processus anatomique méningé présente une durée plus grande que les symptômes cliniques, quand ceux-ci sont terminés les lésions persistent atténuées. La disparition des signes habituels n'implique pas la cicatrisation complète des désordres anatomiques, seule la persistance de la température peut révéler la lenteur de la guérison des lésions, elle seule a persisté légèrement entre deux des poussées aiguës. A. AUBIN.

C.-L. WOOLSEY — **L'influence de la vision sur le nystagmus.** *Acta Oto-Laryng.*, vol. XXIII, n° 1, mars 1924, p. 233.

Les expériences ont trait à l'épreuve rotatoire chez le pigeon.

Celui-ci a normalement un nystagmus post-rotatoire et un nystagmus « concomitant » (à la rotation). Et il faut au moins 5 tours en cinq secondes pour obtenir un post-nystagmus appréciable.

Si maintenant on détermine une amblyopie expérimentale, on constate qu'il suffit d'un quart de tour, en dix secondes, pour produire un post-nystagmus durant deux secondes; par contre chez les animaux expérimentés, il n'y avait pas de nystagmus « concomitant ».

Chez les pigeons aveuglés, la rotation 10 tours  $\times$  10 secondes détermine un nystagmus « concomitant »; celui-ci ne paraît pas dû au mouvement endo-lymphatique mais au stimulus mécanique auquel sont soumis tous les corps quand on les fait tourner.

Les pigeons, auxquels on a extrait les ampoules des deux canaux horizontaux ont du nystagmus « concomitant », mais pas de post-nystagmus.

Il résulte donc de ces expériences que c'est une opinion justifiée de penser à l'influence de contrôle exercée par la vision sur la fonction vestibulaire.

S. TRAINA. — **L'action inhibitrice du nerf facial sur le nystagmus oculaire.** *Atti della Clin. oto-rino-lar-della R. Università di Roma*, anno XX, 1922.

L'auteur s'intéresse aux rapports existant entre les divers muscles dépendant de la III<sup>e</sup> paire et ceux qui sont innervés par la VIII<sup>e</sup> paire;

ainsi la rotation vers le haut du globe oculaire lorsque l'œil est complètement fermé et pendant le sommeil, constitue un phénomène physiologique qui se montre encore plus évident en cas de paralysie faciale (symptôme de Bell).

Si en cas de paralysie périphérique de la VII<sup>e</sup> paire le regard se dirige forcément vers le haut, le muscle frontal du côté paralysé ne suit pas de mouvement, tandis que le globe oculaire roule plus haut que celui du côté opposé (syndrome bulbo-palpébral hypercinétique de Negro).

On connaît dès longtemps le rapport fonctionnel unissant le *muscle frontal* à l'*élévateur palpébral*, de même au cours du tabès, on remarque que si l'on tente de fermer la fente palpébrale, on observe simultanément un rétrécissement pupillaire (symptôme de Galassi-Westphal).

Le *facial supérieur* exerce donc une grande influence sur les muscles extrinsèques et intrinsèques de l'œil.

Jusqu'ici on est peu documenté sur l'étiologie de ces manifestations.

Afin d'obtenir la preuve anatomique du phénomène de Bell, Mendel extirpa chez des chiens et des chats le muscle orbiculaire des paupières et le muscle frontal; à l'autopsie, on constata que la portion postérieure du noyau de la III<sup>e</sup> paire était dégénérée en majeure partie.

Ultérieurement Déjerine entreprit des recherches histologiques sur des cerveaux provenant de sujets affectés de ptosis palpébral congénital unilatéral; il admit l'existence du noyau du facial supérieur dans la portion centrale de l'oculo-moteur.

Par la suite, d'autres expérimentateurs ont abordé le même sujet, mais leurs résultats négatifs ont ébranlé les doctrines de Mendel et Déjerine.

De plus, la relation entre le noyau du VII<sup>e</sup> muscle inférieur avec les noyaux des III<sup>e</sup>, IV<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> paires est niée par de nombreux auteurs, tout au moins chez l'homme.

L'auteur a étudié, les yeux étant hermétiquement clos: 1<sup>o</sup> Les modifications du nystagmus spontané et du nystagmus provoqué expérimentalement; 2<sup>o</sup> les modifications du nystagmus dans les paralysies faciales; 3<sup>o</sup> les modifications du nystagmus dans les états d'hyperexcitabilité labyrinthique associés ou non à la paralysie faciale.

Les premiers résultats concordent avec ceux de V. Nasiell, un élève de Barany, on observe que toutes les formes de nystagmus sont supprimées par la fermeture des yeux.

Afin d'étudier les rapports entre les noyaux des nerfs moteurs de l'œil et la VII<sup>e</sup> paire, Traina a étendu ses recherches aux paralysies faciales à type périphérique.

Ayant provoqué le nystagmus au moyen de la rotation et d'irrigation de l'oreille à l'eau froide (27°), on en mesurait la durée, la fréquence et l'ampleur; on ordonnait ensuite aux malades de fermer les yeux sitôt que la chaise cessait de tourner. Le nystagmus ne se manifestait que lorsque l'œil s'ouvrait. Traina a vérifié ces faits sur deux femmes hémiplegiques.

En cas de lésions vestibulaires intenses, avec nystagmus prolongé et fréquent, l'occlusion oculaire ne supprima jamais complètement

les secousses rythmiques bulbaires, même si l'hyperexcitabilité du labyrinthe était accompagnée de paralysie faciale.

L'auteur a observé 10 cas d'irritabilité labyrinthique dans lesquels il a provoqué le type de nystagmus (3<sup>e</sup> degré) avec secousses plus ou moins rapides, le regard fixe.

Chez deux malades, l'hyperexcitabilité du labyrinthe était associée à une paralysie de la VII<sup>e</sup> paire. G. G.

**H. STERNBERG. — Contribution à l'étude de la physiologie et de la pathologie de la muqueuse des voies respiratoires.** *Zeitsch. f. Hals*, (t. VII, f. 4 p. 432.)

Dans cette première partie, Sternberg étudie les modifications de la muqueuse nasale, lors de la suppression de la respiration nasale. Lorsque celle-ci est totalement supprimée (laryngectomisés), la vascularisation de la muqueuse nasale est très réduite ; en opposition à l'hyperhémie fonctionnelle permanente dans la respiration nasale normale. Les recherches de l'auteur l'incitent à penser que toutes les cellules épithéliales (muqueuses, à cils vibratiles) sont identiques mais représentent différents stades de leur fonction. Le tissu lymphoïde subit de grandes modifications, en ce sens que la muqueuse de l'organe inactif s'appauvrit en tissu lymphoïde. Chez les laryngectomisés le pigment de la muqueuse nasale n'est pas en majeure partie d'origine sanguine, mais une sorte de pigment de désintégration.

**NATANSON et LIPSKEROFF. — La perforation de la cloison nasale chez les priseurs de cocaïne.** *Zeitsch. f. Hals*, t. VII, f. 4 ; p. 400.

Chez les priseurs de cocaïne, il se développe régulièrement sur la cloison cartilagineuse une ulcération qui aboutit à la perforation, sans que le sujet s'en aperçoive. Si cette ulcération est encore superficielle, elle peut se cicatriser si l'usage de la cocaïne est alors supprimé. La forme de la perforation est ronde, mais devient ovale en s'agrandissant. Les bords sont lisses et épidermisés, dans les petites perforations. Dans les grandes, atteignant la cloison osseuse, les bords sont épaissis et présentent souvent une striation blanchâtre (épidermisation de l'épithélioma) — Dans la perforation on voit souvent des croûtes, non fétides. — Les perforations étendues peuvent s'accompagner d'un affaissement du nez cartilagineux.

Cette perforation est si caractéristique qu'en cas de négation de la part des sujets, elle peut servir à étayer un diagnostic de cocaïnomanie, hésitant de par les symptômes généraux. Il est en effet exceptionnel que les priseurs de cocaïne ne présentent pas de lésions de la cloison.

**SEIGNEURIN (Marseille). — Du traitement en un seul temps opératoire (résection sous muqueuse de la cloison et cornetomie appropriées) de l'obstruction nasale bilatérale due aux altérations concomitantes de la cloison et des cornets.** *Annales des maladies de l'oreille*, t. XLII, n° 9, septembre 1923, page 820.

Les déviations de la cloison sont toujours accompagnées de modifications importantes des cornets inférieurs. Du côté concave le cornet



inférieur est habituellement très hypertrophié. Du côté convexe, il existe aussi une hypertrophie notable du cornet inférieur, elle se manifeste en dehors des points les plus saillants de la cloison et de préférence dans le segment postérieur. Il résulte de ces faits qu'une intervention portant uniquement sur la cloison sera une opération insuffisante, il est nécessaire de compléter le redressement de la cloison par une modification des cornets inférieurs.

Cinq à six jours après l'opéré est libre.

Autrefois Seigneurin pratiquait cette libération en trois temps espacés de 8 à 10 jours : 1<sup>er</sup> temps, résection sous muqueuse de la cloison, 2<sup>me</sup> temps, cautérisation du cornet inférieur du concave, 3<sup>me</sup> temps, cautérisation du cornet inférieur du côté dévié.

Il a dû modifier cette technique pour deux raisons : les malades trouvant la durée du traitement trop longue, et les cautérisations étant un moyen de réduction insuffisante. Aussi pratique-t-il en une séance la résection sous muqueuse de la cloison et la cornetomie après désinfection soignée des fosses nasales. Le pansement est laissé 48 heures.

Quels que soient l'âge et le sexe des opérés, les résultats ont toujours été favorables.

A. AUBIN.

**MOUNIER. — Traitement chirurgical des névralgies faciales rebelles (Fronto-orbito-occipitales) d'origine nasale.** *Le Monde médical*, 15 avril 1924, N° 641. 34<sup>e</sup> année, p. 288.

Ce travail fait suite à un premier mémoire (1913). Il porte sur 63 cas opérés et guéris. L'auteur laissant de côté toutes les causes de névralgies faciales connues, n'a en vue ici que les céphalées ou névralgies péri-orbitaires, ou fronto-occipitales se montrant en dehors de tout état fébrile ou de maladies aiguës, ou suppurations des fosses nasales. On a donc affaire à des malades souffrant de la tête sans cause appréciable puisque les yeux sont sains, le système dentaire bon, et l'état général indemne.

Les douleurs sont le plus souvent hémilatérales, le summum de la névralgie ou de la céphalée se présentent le matin au réveil avec localisation à l'angle interne de l'œil et irradiation le long de la branche montante du maxillaire ou au pourtour de l'œil avec larmoiement. La pathogénie reconnaît une seule et même cause l'irritation par compression de certains filets des nerfs maxillaire supérieur et ophthalmique, répartis dans la pituitaire.

La compression des filets nerveux se fait par simple contact entre la muqueuse du cornet et la paroi opposée, la position horizontale favorisant ce contact. Suivent deux observations types.

Pour le diagnostic l'auteur, après avoir passé en revue les différentes causes de névralgies faciales, montre que les contacts se font toujours, soit au niveau de la tête du cornet moyen soit entre un éperon de la cloison et le cornet inférieur, soit entre les cornets moyen et inférieur. Sans faire de cocaïnisation c'est le contact des points énoncés ci-dessus qui doit ramener la douleur ressentie habituellement par le patient.

L'intervention consiste suivant les cas soit en une éperotomie soit une ablation de la tête de cornet moyen soit, en une destruction de la

tête du cornet inférieur, si là, est le point sensible. Une figure d'une pince spéciale pour le cornet moyen est jointe au mémoire.

P. MOUNIER.

H.-J. POLLOCK. — **Greffes intra-septales dans la rhinite atrophique.** *Annals of Otol.*, mars 1924, t. XXXIII, n° 1, p. 205.

Les croûtes sont dues à la sécrétion provenant de l'ethmoïdite et ayant perdu leur eau par l'inspiration d'une trop grande quantité d'air. Ceci est dû aux grandes dimensions du méat inférieur résultant de l'atrophie du cornet inférieur. L'odeur est due à des saprophytes qui trouvent là un excellent milieu de culture. La sécrétion peut être diminuée par le curettage de l'ethmoïde. Croûtes et odeur peuvent être diminuées en réduisant la cavité nasale à des dimensions normales. Pour ce faire, le mieux est de rapprocher le septum de la paroi externe du nez en introduisant dans la cloison du cartilage et de l'os provenant de résections sous-muqueuses de la cloison de sujets dont on s'est assuré naturellement qu'ils sont sains et qu'ils n'ont en particulier ni tuberculose ni syphilis.

W. KLESTADT (Breslau). — **A propos de l'origine épithéliale des endothéliomes des voies respiratoires supérieures, (en analogie avec les tumeurs mixtes salivaires).** *Zeitschr. für Hals.*, vol. 7, f. 3, février 1924, p. 314.

D'après les recherches récentes, et c'est aussi l'avis de l'auteur, les tumeurs des fosses nasales décrites sous le nom d'endothéliome ont une origine épithéliale et sont l'homologue des tumeurs mixtes des glandes salivaires. L'auteur a observé deux cas, l'un sur le cornet inférieur, l'autre dans l'ethmoïde; les deux avaient récidivé plusieurs fois, sans toutefois présenter un caractère cliniquement malin. Au point de vue histologique il s'agissait de tumeurs formées de travées ou d'alvéoles épithéliales avec ou sans orientation glandulaire, logés dans un tissu conjonctif jeune avec une tendance nette l'hyalinisation. En ce qui concerne la pathogénie de ces tumeurs, on doit rechercher les causes dans la nature dysontogénique et reporter l'origine à une période relativement précoce de la vie embryonnaire.

QUIRIN.

H. LAVRAND. — **Transillumination du massif facial dans l'ethmoïdite et l'ozène.** *Journal des Sciences médicales de Lille*, 20 avril 1924, t. XLII, n° 16, p. 253.

L'auteur sur plus de 70 cas d'ozène a toujours trouvé une opacité de la région maxillo-faciale. Considérant cette affection comme une ethmoïdite chronique, il admet qu'il y a ostéite, et dès lors l'opacité s'explique par le processus inflammatoire dont l'ethmoïde est le siège.

Cette conception de l'ozène d'origine ethmoïdale l'a conduit à une thérapeutique basée sur cette pathogénie. Il s'attaque uniquement à l'ostéite. Pour le diagnostic de l'ozène, si l'opacité à elle seule ne signifie pas ethmoïdite, jointe à l'exploration au stylet qui rencontre

un os dénudé et saignant, ce premier signe revêt alors une valeur considérable.

P. MOUNIER.

**MANCONI.** — **Les tumeurs malignes des cavités accessoires du nez.** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatria di Roma*, ann. 1922.

Pour édifier une œuvre de cette envergure Manconi a fait porter ses recherches sur 44 cas de tumeurs malignes : 17 sarcomes et tumeurs sarcomatoïdes, 5 endothéliomes, 18 épithéliomes, 1 cas de tumeur maligne mixte et 1 de tumeur maligne multiple.

**Sarcomes.** — S'inspirant de Durante, l'auteur distingue :

1° Sarcomes à cellules fusiformes. Ce sont les plus fréquents ; ils sont en général durs, sessiles, solidement implantés dans le périoste dont ils proviennent. Les sarcomes périostés en reproduisent atypiquement la structure. Les cellules plutôt longues se disposent en faisceaux d'épaisseur variable délimitant des lacunes et espaces lymphatiques avec vaisseaux, réduits fréquemment à la seule tunique endothéliale. Les sarcomes fuso-cellulaires diffèrent des précédents par une atypie plus accusée des cellules néoplasiques. Les éléments néoplasiques ont tendance à former un tissu plus compact à morphologie fibroblastique. Leur accroissement tumultueux les adosse les uns aux autres en désordre. Les lacunes hématiques abondent. Il y a des sarcomes parvi-fuso-cellulaires et des sarcomes magno-fuso-cellulaires. Entre ces deux formes les figures kariokynétiques abondent. Lorsque la disposition des éléments en faisceaux est très marquée, le sarcome est fasciculé.

2° Sarcomes à cellules rondes ou globo-cellulaires, se rencontrent dans le sinus maxillaire et l'ethmoïde. Ils tirent leur origine de la sous-muqueuse des parois sinuales. Dans le sinus maxillaire ils dérivent en général des parties hautes de la cavité et se propagent aux masses ethmoïdales. Sarcomes magno-globo-cellulaires et parvo-globo-cellulaires et lymphosarcomes en sont les trois variétés. Ces derniers sont souvent de provenance pharyngée ou tonsillaire et partant secondaires. Les uns et les autres sont des tumeurs à développement rapide.

3° Sarcomes à cellules géantes. Ces tumeurs qui ont en général leur siège primitif dans l'apophyse alvéolaire du maxillaire sont fréquemment étudiées sous le nom d'épulis sarcomateuses à cellules géantes. Elles s'implantent largement, formant des plastrons, d'aspect lardacé avec mamelons irréguliers qui font saillie dans la cavité sinuale. Elles infiltrant précocement l'os, le ramollissent, l'usent et le déforment surtout au niveau du plancher.

4° Sarcomes alvéolaires. Le caractère alvéolaire est dû à la présence d'un tissu de soutènement très riche, indice de malignité atténuée ; suivant que les cellules contenues dans les alvéoles ont une forme allongée ou arrondie, ces néoplasmes sont des *sarcomes alvéolaires fuso-cellulaires* ou des *sarcomes alvéolaires globo-cellulaires*.

5° Sarcomes mélaniques. Le point d'origine est en général l'ethmoïde ou le cornet moyen. La forme des cellules pigmentées est variable. Elles peuvent être arrondies, ovales, allongées avec prolongements multiples. Le pigment est constitué par des grains de couleur

brune plus ou moins abondants jusqu'à masquer presque complètement le noyau. La constitution chimique du pigment est inconnue. Il n'a pas la réaction caractéristique ferrique de l'hémosidérine et paraît être un composé à forte teneur en soufre.

*Tumeurs conjonctives sarcomatoides.* — L'auteur appelle ainsi des néoproductions qui se rencontrent dans les fosses nasales et les cavités para-nasales et dont la caractéristique est d'avoir plus ou moins l'aspect histo-pathologique des sarcomes sans en avoir la malignité et l'évolution clinique rapide et progressive. Ce sont les polypes myxomateux et les fibromes naso-pharyngiens récidivants.

*Endothéliomes.* — Tumeurs rares au niveau des sinus, elles se présentent tantôt sous forme de fongosités, tantôt sous forme de masses multiples, d'aspect sarcomateux.

Au point de vue histologique les formes observées par l'auteur étaient à prédominance lymphatique et à type alvéolaire. Les éléments du néoplasme sont le stroma conjonctif, les cellules néoplasiques dont le noyau est fréquemment farci de grains de chromatine, et le système vasculaire.

L'auteur rapporte un cas très intéressant d'endothéliome propagé aux sinus à travers la lame criblée, bourrant toutes les cellules ethmoïdales et après avoir en grande partie fermé les cavités nasales se fit également jour dans le sinus sphénoïdal jusqu'à la selle turcique. Le caractère fondamental microscopique de la tumeur était la présence de lacs sanguins disposés en lacunes, délimités par des cordons de cellules qui dans l'ensemble donnent à la tumeur l'aspect en éponge.

*Tumeurs malignes épithéliales.* — L'auteur les divise en :

1° Papillomes malins (les papillomes malins ont les caractéristiques générales des papillomes au point de vue structural, mais en diffèrent par la tendance à s'étendre aux tissus voisins et à provoquer des infiltrations en profondeur. Au niveau du point d'implantation l'os subit une atrophie lacunaire plus ou moins marquée.

2° Epithéliomes malpighiens à éléments différenciés et à éléments anaplasiques (épithéliomes baso-cellulaire de Krompecher).

3° Epithéliomes à cellules cylindriques.

4° Epithéliomes glandulaires ou carcinomes (adénocarcinomes et cancers glandulaires solides).

5° Epithéliomes à cellules embryonnaires.

A propos des adénocarcinomes folliculaires Manconi rappelle un type de tumeur, toujours secondaire, que l'on rencontre quelquefois dans l'ethmoïde — l'hypernéphrome. Histologiquement, elle est caractérisée par la présence de grosses cellules polygonales et d'un stroma extrêmement fin.

*Tumeurs malignes mixtes des cavités accessoires.* — Elles sont rares et n'ont rien de spécial au point de vue anatomo-pathologique. Elles participent des caractères de l'une et de l'autre tumeur, en raison directe de la prédominance d'un tissu néoplasique sur l'autre.

*Tumeurs malignes multiples.* — Elles sont caractérisées par la présence, dans un même organe, de diverses espèces de néoplasmes indépendants. L'auteur a eu l'occasion de rencontrer un papillome malin et un sarcome fuso-cellulaire développés simultanément sur la paroi antérieure du sinus maxillaire.



Après avoir discuté le diagnostic, avec la tuberculose et la syphilis l'auteur aborde la :

*Symptomatologie.* — Dans les tumeurs du sinus maxillaire à la période initiale ; la symptomatologie varie suivant le point de départ de la lésion. Les tumeurs du plancher débutent par une névralgie faciale tenace que le malade attribue à une carie dentaire. Celles de la voûte provoquent des névralgies sous-orbitaires qui s'accompagnent d'hyperesthésie ou quelquefois d'anesthésie dans le territoire du nerf. Les tumeurs antérieures de la paroi interne ou nasale se manifestent par des symptômes de compression de voies lacrymales. Les postérieures sont plus insidieuses et provoquent des épistaxis ou un écoulement purulent.

A la période d'accroissement les signes principaux sont la douleur, les épistaxis et l'écoulement purulent. Il y a fréquemment asymétrie faciale. Léger état œdémateux du côté lésé. La palpation est douloureuse. La rhinoscopie antérieure décèle des masses myxomateuses ou charnues. La ponction du sinus donne issue à du sang et du pus. A la diaphanoscopie le sinus malade est opaque.

A la période d'extériorisation, il y a déformation naso-génienne avec affaissement du sillon, soulèvement de la lèvre supérieure par infiltration du vestibule, tuméfaction et évaseement de la voûte palatine, infiltration du bord orbitaire et lésions oculaires, et souvent tuméfaction de la région temporale. La paroi nasale se déforme et les masses cancéreuses font saillie aux narines.

Les tumeurs du sinus frontal s'accompagnent de symptômes de compression cérébrale. Celles de l'ethmoïde se manifestent au début par de l'anosmie, des épistaxis rebelles et une céphalée à type gravatif. Enfin les tumeurs du sinus sphénoïdal sont très insidieuses, et pour les diagnostiquer l'examen du fond d'œil a une importance exceptionnelle. La stase papillaire en est en effet un des premiers symptômes.

*Traitement.* — C'est, avec celui de l'anatomie pathologique le chapitre le plus important. L'auteur passe en revue et de façon détaillée les cures médicales générales ou à distance (chimiothérapie, serothérapie, vaccinothérapie, autovaccinothérapie oncogène, autolysats) et les cures médicales locales (caustiques, électrolyse) dont les résultats sont décevants.

Au sujet des rayons X, Manconi constate que l'anatomie de la région est un obstacle important à l'application efficace des irradiations, aussi bien superficielles que profondes ; elle est responsable des résultats peu encourageants obtenus jusqu'ici. L'échelle de radiosensibilité pour les tumeurs malignes peut être établie ainsi, dans l'ordre décroissant : 1° Lymphosarcomes ; 2° Sarcomes à petites cellules rondes ; 3° Carcinomes ; 4° Chondro et ostéosarcomes. Le Radium serait plus actif à condition d'être placé au sein même de la lésion.

Les principales interventions par voie externe sont les suivantes : 1° Méthode de Denker, technique de la cure radicale de la sinusite ; 2° Résection totale du maxillaire supérieur, dont les diverses méthodes d'Ollier, de Velpeau, de Lisfranc, de Langenbeck, de Liston, ne diffèrent que par l'incision cutanée ; 3° Résections partielles atypiques,

ou typiques (résection de la moitié supérieure ou orbitaire, de la moitié inférieure).

Pour le sinus frontal, l'auteur rappelle les procédés de Killian, de Preysing (2 incisions cutanées en T, l'incision verticale suivant exactement le dos du nez).

Pour l'éthmoïde et le sinus sphénoïdal, l'auteur conseille la rhinotomie latéro-nasale de Moure. Il termine ce chapitre en recommandant les cures chirurgicales et radiothérapiques combinées ; mais il est pessimiste et, ne voit pas dans ces procédés une arme bien efficace contre le cancer. — 64 microphotographies et plusieurs planches et figures illustrent ce travail remarquable.

LAPUGE.

**CALICETI. — Étude de quelques endothéliomes du nez, du naso-pharynx et de la bouche. O.-R.-L. Intern., mars 1923.**

L'auteur constate la confusion qui règne encore dans le diagnostic des endothéliomes et dans leur classification. Il fait l'historique détaillée de cette question et rapporte 5 cas d'endothéliomes avec examen histologique détaillé. Dans l'observation III, il eut une guérison par sa méthode d'auto-vaccination. Il constate que les cas d'endothéliomes de ces régions sont plutôt rares et il donne un historique important à la fin de son important article, qu'il est difficile d'analyser car il abonde en détails histologiques.

Dr SARGNON.

**R. WALDAFFEL. — L'angine et la virulence streptococcique. Monatschr. f. Ohr., t. LVIII, f. 4, p. 320.**

La manière dont Waldapfel a procédé, ressort très clairement de sa première observation. Une femme sujette aux angines vient le consulter avant tout symptôme objectif, mais parce qu'elle ressent les prodromes habituels de ses manifestations angineuses. Les recherches bactériologiques sont effectuées dès ce moment. Elles ont été ainsi effectuées chez quatre malades, immédiatement avant, puis pendant l'angine. Les résultats furent les suivants. Les streptocoques de cette période préangineuse, cultivés dans le sang et le sérum du sujet ont montré une très grande virulence, tandis que le sang, injecté seul à l'animal pour contrôle, n'était nullement infectieux. Dans un cas, on a injecté le sang seul, puis six heures après une culture sur bouillon de la souche streptococcique provenant du sujet ; les souris sont mortes rapidement. Par contre si on injecte un streptocoque provenant d'une autre souche, la virulence est beaucoup moindre. De plus cette propriété du sang du sujet disparaît en quelques jours, à tel point qu'un malade ayant fait successivement une angine et un abcès, son sang ne présenta cette propriété qu'à la période prémonitoire de l'angine. Et ce qui prouve encore cette particularité du sang du sujet, c'est que des souches étrangères cultivées dans le sang des malades furent plus virulentes que les cultures sur bouillon des mêmes souches qui proviennent pourtant d'angines.

JACQUES. — **Sarcome globo-cellulaire du pharynx, récidive dans les ganglions. Traitement comparé par la résection et la radiumthérapie.** *O.-R.-L. Intern.*, janvier 1923.

Le malade a été présenté à la Société de Médecine de Nancy en 1922. Guérison par deux applications de Radium d'un cancer conjonctif inopérable de l'amygdale et de l'épipharynx. Pas de récidive locale, mais deux tumeurs secondaires à évolution rapide à la base du cou. La tumeur de droite fut enlevée, celle de gauche traitée par deux aiguilles radifères. Guérison de la tumeur en huit jours. Les aiguilles ont été laissées quarante-huit heures. Réapparition de deux noyaux néoplasiques au niveau de l'incision opératoire, tandis que la région irradiée est demeurée souple, unie et indolore. Le Radium a donc donné un bien meilleur résultat que l'opération chirurgicale.

Dr SARGNON.

B. DOUGLASS. — **Épilepsie laryngée.** *Annals of Otol.*, t. XXXIII, mars 1924, n° 1, p. 279.

L'épilepsie laryngée est un état de perte de connaissance produit par une attaque de caractère épileptiforme et ayant son origine dans une irritation laryngée, généralement une forme de laryngite. Il faut la différencier de la coqueluche. Dans l'épilepsie laryngée il n'y a pas de gêne de la respiration par le spasme laryngé et il existe une résolution musculaire de courte durée. On la rencontre surtout chez des hommes d'âge moyen, ayant quelque peu abusé de la vie. Généralement il n'y a pas d'émission involontaire d'urine. La guérison est rapide une fois l'irritation laryngée disparue.

LEICHSENRING et HEGENER. — **La paralysie récurrentielle et la loi de Semon-Rosenbach.** *Zeitschr. f. H.-N.-O.*, vol. 7, f. 3, février 1924, p. 284.

Les auteurs n'admettent pas la loi de Semon-Rosenbach. D'après leurs recherches la paralysie périphérique atteint simultanément tous les muscles; ils concluent que la position de la glotte dans la paralysie récurrentielle peut être médiane ou intermédiaire; dans le premier cas les phénomènes paralytiques porteraient sur l'ensemble des adducteurs, dilatateurs et tenseurs, dans le second cas uniquement sur les abducteurs. Leurs conclusions se basent sur environ 50 paralysies récurrentielles expérimentales, provoquées soit par section du nerf, soit par compression, soit par anesthésie à l'alcool ou à la novocaïne. Jamais les auteurs n'ont constaté une évolution de la paralysie selon la loi de Semon. Au contraire ils ont observé indifféremment toutes les positions entre la position médiane et respiratoire. Il est impossible d'entrer dans les détails de cet article, dans lequel les auteurs réfutent point par point la loi de Semon grâce à leurs expériences qui ont confirmé entre autres l'hypothèse d'une innervation double du larynx.

QUIRIN.

**PREDESCU-RION. — Un cas très rare de polype laryngé.** *Annales des maladies de l'oreille*, t. XLIII, n° 12, décembre 1923, page 1210.

Un homme de 54 ans, ancien syphilitique, est atteint de pachydermie laryngée, le volume des végétations ventriculaires ne permet pas de voir l'état de la sous-glotte; la respiration étant gênée. Predescu essaie de récalibrer le larynx en faisant une dilatation systématique avec les tubes de Schroetter. Cette intervention se fait sans encombre lorsqu'un jour en retirant le dilatateur, Predescu sent une résistance très vive, et n'extraît l'appareil qu'après un vif effort au moment où le malade asphyxie. En examinant la sonde il découvre dans la fenêtre du côté gauche une grosse masse végétante de la grosseur d'une noisette. Il avait donc enlevé cette tumeur non visible à l'examen laryngoscopique, et que l'absence de signes fonctionnels ne laissait pas soupçonner.

A. AUBIN.

**TEXIER ET LEVESQUE. — De l'importance de l'examen radioscopique des poumons dans les corps étrangers des bronches.** *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLII, n° 12, décembre 1923, page 1187.

Le diagnostic de corps étranger des bronches est parfois difficile chez les enfants. Texier et Levesque montrent que ce diagnostic même en l'absence de commémoratifs, peut être fait, grâce aux données radioscopiques suivantes. Le syndrome de la sténose bronchique comporte :

1° Un déplacement des organes du médiastin qui peut être permanent ou simplement inspiratoire. Il se produit en effet une rupture d'équilibre entre les organes intra-thoraciques en raison de l'annihilation fonctionnelle d'un poumon. Le poumon normal occupe un volume plus considérable que le poumon atelectasié et refoule tous les organes du médiastin du côté de la sténose bronchique. En cas de sténose complète le déplacement se fait rapidement et est permanent, au contraire avec une obstruction incomplète il est moins accentué et perceptible à l'inspiration seulement.

2° La diminution de l'amplitude des mouvements du diaphragme du côté sténosé. Elle varie avec le degré de sténose, on l'apprécie par les variations que l'on constate à l'écran dans le cul-de-sac pleural du côté lésé.

3° Des modifications de la transparence du poumon intéressé. L'obstruction de la bronche détermine du collapsus pulmonaire, le poumon diminue de volume et sa transparence aux rayons X est diminuée, il devient gris opaque, d'où contraste avec la clarté du poumon sain, mais si l'obstruction de la bronche n'est que partielle, le poumon peut respirer et ne s'atelectasie pas.

Ces trois signes ne sont pas pathognomoniques d'une obstruction bronchique par corps étranger, on peut les rencontrer dans la sténose pulmonaire unilatérale, ils n'ont de valeur considérable que s'ils se constituent en quelques heures sous les yeux du médecin. Texier et Levesque rapportent une observation où ils ont pu constater ces trois signes et affirmer, grâce à eux, l'existence d'une sténose bronchique.

A. AUBIN.



HELSMOORTEL (*Junior*). — **Goitrectomie et incontinence nocturne d'urine.** *An. des maladies de l'oreille*, t. XIII, n° 12, décembre 1923, page 1213.

Une jeune fille âgée de 17 ans est atteinte de goitre parenchymateux lobaire droit, en voie de basedowification, de plus elle souffre d'incontinence nocturne d'urine. Le lendemain de l'opération, tous ces troubles disparaissent.

Helsmoortel se demande quelle hypothèse on peut faire pour expliquer ce phénomène, d'autant plus qu'un certain nombre de guérisons de l'incontinence ont été obtenues par traitement thyroïdien.

A. AUBIN.

---

## NOUVELLES

---

Nous recevons le premier numéro d'un nouveau périodique : la *Revue Franco-Russe de Médecine et de Biologie*. Il n'est pas besoin d'insister sur le haut intérêt scientifique et l'importance morale de cette nouvelle revue, qui vient à son heure pour relier à nouveau les milieux scientifiques et médicaux des deux nations si longtemps unies. Présentée par le professeur Th. Richet dans un sympathique et cordial avant-propos, la nouvelle revue débute par une émouvante préface dont nous ne pouvons mieux faire que distraire les lignes suivantes, pour en caractériser le but, les tendances et l'organisation.

« C'est pour répondre à ce besoin de se mieux connaître que nous avons entrepris notre œuvre difficile, encouragés par la sympathie des Maîtres français et russes. De nombreux médecins et savants russes dont la discipline scientifique a été formée par les écoles françaises, répandent et consolident cette puissante sympathie pour la science française qui caractérise l'état d'esprit actuel en Russie.

Ce qui vient d'être dit caractérise notre plan d'action. Nous publions deux revues différentes, l'une en français, l'autre en russe. La revue russe sera consacrée aux travaux des savants français, à la vie médicale en France et à la législation sanitaire française. Elle portera en Russie les idées de Médecine française.

La Revue française est destinée à la France. Elle fera connaître aux savants français les efforts des médecins russes, la vie médicale et la législation sanitaire en Russie. Dans cette période de paix et de travail qui a succédé à la tourmente révolutionnaire, une construction laborieuse de l'appareil sanitaire est à l'ordre du jour.

Ce qu'il y a de nouveau dans la médecine russe actuelle, c'est qu'elle a renoncé à chercher les remèdes uniquement thérapeutiques de la guérison des maladies et qu'elle s'est orientée, nettement vers les solutions sociales. « Guérir, c'est bien ; prévenir, c'est mieux », — telle est la devise de la science médicale russe moderne.

C'est la vie russe elle-même qui la poussait vers cette orientation, en accentuant le caractère social des maladies. Et là, où la médecine semblait se heurter contre un obstacle insurmontable en cherchant le remède contre un mal que rien ne pouvait supprimer, dans cette impasse où la science pure était souvent acculée, une voie nouvelle a été ouverte : la voie de la lutte sociale contre les maladies, lutte dans laquelle sont entraînés l'Etat, la Société, toutes les organisations collectives, les partis politiques eux-mêmes.

Nous insistons ici sur cette orientation de la médecine russe actuelle pour expliquer ce fourmillement de travaux sur l'organisation sanitaire du pays, la propagande de l'hygiène, etc., qu'on

remarque dans les journaux médicaux russes. Les idées nouvelles y fourmillent. Certaines seront peut-être rejetées, d'autres sont ou seront réalisées. Toutes sont à critiquer, car la critique est le correctif de la vraie science. Notre revue concernant les travaux russes, serait incomplète si nous ne citions pas ces études, dont la portée sociale est considérable.

Nous faisons appel à tous nos collègues français pour nous aider dans nos efforts. Pas un mot ne sera perdu en Russie, pas une idée ne tombera sur un sol aride. Une coopération intellectuelle active s'impose entre les deux peuples. Avec la clarté et la précision de l'esprit latin d'une part et la sensibilité slave de l'autre, on peut jeter les bases d'un travail scientifique commun.

La pensée française exprimée en russe, la pensée russe exprimée en français, pour parler, dans les langages différents, la même langue commune, celle de la science. »

\*  
\* \*

Nul doute que cet appel ne soit entendu et que le succès ne vienne rapidement couronner un effort qui répond si bien aux sentiments de tous les médecins français.

L. B.

---

### Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Médecine.

HOPITAL LARIBOISIÈRE

Un cours complémentaire sera fait sous la direction du professeur Sebilleau du 2 au 23 décembre 1924, par MM. L. Dufourmentel, R. Miégevillle, Fl. Bonnet-Roy, P. Truffert, H.-P. Chatellier, P. Cornet, P. Winter, anciens Chefs de clinique, Chefs de clinique et Assistants; MM. Valat et Carréga, Internes du service.

Ce cours comprendra dix leçons, consistant en présentation de malades, examens par les auditeurs et exercices de petite chirurgie spéciale.

Le cours commencera le mardi 2 décembre à 10 h. 1/2 dans la salle des Conférences de la clinique, il se continuera à la même heure les jeudis, samedis et mardis suivants.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire à la Faculté de Médecine.

---

## CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

## Programme de l'Enseignement.

**L'Oto-Rhino-Laryngologie du médecin praticien.**

Service du Dr Georges CANUYT. (Année Scolaire 1924-1925).

**Ce que tout médecin doit savoir.**

I. — GÉNÉRALITÉS. — 1. La Pathologie générale et l'O.-R.-L. — 2. La Tuberculose et l'O.-R.-L. — 3. La Syphilis et l'O.-R.-L. — 4. Le Cancer et l'O.-R.-L. La Biopsie. La Chirurgie. La Curiethérapie. La Röntgenthérapie. — 5. L'Anesthésie locale et régionale et l'O.-R.-L. — 6. Les Voies aériennes supérieures. — 7. L'Anaphylaxie et l'O.-R.-L. — 8. L'Opothérapie et l'O.-R.-L. Les rapports avec les Endocrines en général. — 9. La Vaccinothérapie et l'O.-R.-L. — 10. Les Cures hydro-minérales en O.-R.-L. Les Stations françaises.

II. — L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET LES ENFANTS. — La Pathologie O.-R.-L. chez le nourrisson et chez l'enfant.

III. — LE NASO-PHARYNX OU CAVUM. — 1. Anatomie. Séméiologie. Exploration. Thérapeutique. — 2. Les Végétations adénoïdes. 3. Les Polypes fibreux dits à tort naso-pharyngiens. — 4. Les Tumeurs malignes. Le Cancer du naso-pharynx. — 5. La Syphilis du Cavum.

IV. — L'ARRIÈRE-GORGE. — *Les Dents* : l'Étiologie dentaire en O.-R.-L. — 1. *Les Amygdales* en général. Leur exploration. L'Interprétation bactériologique. — 2. Les Angines aiguës. — 3. Les Angines chroniques. — 4. L'Hypertrophie des Amygdales. — 5. La Syphilis de l'arrière-gorge. — 6. La Tuberculose de l'arrière-gorge. — 7. Le Cancer de l'arrière-gorge. — 8. Des Abscès amygdaliens et péri-amygdaliens. — 10. Les Kystes paradentaires.

V. — LE LARYNX. — 1. La Tuberculose du Larynx. Le Traitement des formes douloureuses. — 2. Le Cancer du Larynx. — 3. Les Corps étrangers des Voies aériennes. — 4. La Syphilis du Larynx. — 5. Les Paralysies récurrentielles.

VI. — LES FOSSES NASALES. — 1. Anatomie clinique. Physiologie pratique. Rapports avec l'oreille. Rapports avec les Voies respiratoires inférieures. — 2. Interrogatoire. Séméiologie. Méthodes d'exploration. Thérapeutique générale. — 3. Les Dermatoses vestibulaires. L'Eczéma. L'Impétigo. La Furunculose. — 4. Les Rhinites aiguës. — 5. Les Corps étrangers des fosses nasales. — 6. Les Epistaxis : l'Épistaxis symptôme, l'Épistaxis maladie. — 7. Le Syndrome de l'insuffisance respiratoire. — 8. Le Syndrome du ganglion sphéno-palatin. — 9. Les Traumatismes. Fractures du nez. Les Hématomes et Abscès de la cloison. — 10. Le Coryza atrophique. L'Ozène. — 11. La Tuberculose des fosses nasales. — 12. La Syphilis des fosses nasales. — 13. La Polypose nasale. Son importance symptomatique. — 14. Les Tumeurs malignes.

VII. — LES CAVITÉS ACCESSOIRES OU ANTRALES. — 1. Les Suppurations nasales ou sinusiennes. — 2. Le Sinus maxillaire. Anatomie. Ses rapports avec les



dents. — 3. Les Sinusites maxillaires aiguës, les sinusites maxillaires chroniques. — 4. Les complications des Sinusites maxillaires : locales, voisines à distance. — 5. Le Sinus frontal. Anatomie. — 6. Les Sinusites frontales aiguës et chroniques et leurs complications. — 7. Les Sinus postérieurs : l'Ethmoïde postérieur et le Sinus sphénoïdal. — 8. Les Sinusites postérieures et leurs complications oculo-orbitaires, douloureuses et réflexes. Les Acquisitions nouvelles et modernes.

VIII. — LES OREILLES. — 1. Les Otites externes. Les Corps étrangers. Les bouchons de Cérumen. — 2. Les Otites moyennes aiguës chez l'enfant, chez l'adulte. — 3. Les Mastoïdites. — 4. Les Otites moyennes suppurées chroniques ou Otorrhées. — 5. Les Méningites d'origine otogène. — 6. Les Labyrinthites suppurées. — 7. L'Abscess du cerveau. L'Abscess extra-dural. L'Abscess sous-dural. — 8. L'Abscess du cervelet. — 9. Le Sinus latéral. Les complications veineuses. Les Pyohémies. Les Septicémies. — 10. La Maladie de Menière. — 11. La Syphilis de l'oreille. — 12. La Tuberculose de l'oreille. — 13. La Surdi-Mutité.

Les leçons cliniques auront lieu les lundis et mardis à midi et seront accompagnées ou suivies de projections et de présentations de malades.

Tous les matins (sauf le mercredi) de 8 à 9 heures opérations, petite chirurgie, 9 à 10 heures visite au lit du malade ; 10 heures à midi, consultation expliquée, conférence pratique.

Tous les mercredis matins de 8 à 12 heures, grandes interventions.

---

### Sociétés italiennes d'oto-neuro-oculistique et d'oto-rhino-laryngologie.

Les Congrès d'oto-neuro-oculistique et d'oto-rhino-laryngologie italiens se sont tenus à Naples les 25-26-27-28 et 29 octobre, réunissant un nombre imposant de congressistes italiens et étrangers (Professeur BARRÉ de Strasbourg, professeur PORTMANN de Bordeaux, Dr LAPOUGE de Nice, professeur PÉREZ de Buenos-Ayres, professeur BELNOFF de Sofia, etc...).

Les communications d'oto-neuro-oculistique ont fait l'objet de discussions fort intéressantes, en particulier sur le vestibule (Professeur BARRÉ) les complications oculaires des sinusites, les méningites otitiques (PORTMANN).

La contagiosité de l'ozène dont les rapporteurs, professeurs PÉREZ et BILANCIONI ont fait un exposé séduisant, a provoqué une discussion très animée entre contagionistes et non contagionistes. A signaler enfin une séance extraordinaire de phonétique expérimentale présidée par le professeur BAGLIONI de Rome, physiologiste réputé.

Les congrès présidés par le professeur BIANCHI (oto-neuro-oculistique) et le professeur MASINI (oto-rhino-laryngologie) ont été conduits remarquablement et grâce au professeur GRADENIGO, président du comité organisateur, réceptions, banquets et promenades au Vésuve.

à Pompéi, aux champs Phlégréens, ont agréablement interrompu les travaux scientifiques.

Le prochain congrès d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à Venise, celui d'oto-neuro-oculistique, aura lieu dans deux ans à Rome. Le professeur BARRÉ a été chargé du rapport sur la « question vestibulaire » nous ne pouvons qu'applaudir à cette marque de sympathie pour la France et à cet hommage rendu à l'autorité scientifique de notre compatriote.

---

# INDEX ALPHABÉTIQUE

Etabli par le Dr J. CUVILLIER.

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

- AUBIN (et HALPHEN). Traitement de l'ictus laryngé par l'alcoolisation du laryngé supérieur, p. 926.
- AURETI. Anatomie pathologique et thérapeutique des papillomes du larynx, p. 815.
- BALDENWECK. Névrites optiques et sinus postérieurs, p. 403.
- BALDENWECK. Le nystagmus provoqué par les mouvements de la tête, p. 893.
- BALDENWECK. Spasmes et dilatations de l'œsophage, p. 1037.
- BARD. De l'existence et du mécanisme d'une accommodation à la distance dans les deux sens labyrinthiques de l'audition et de la giration, p. 253.
- BERNARD. Les voies respiratoires supérieures et la tuberculose pulmonaire, p. 766.
- BLAMOUTIER (et CARNOT). Stomato-rhino-conjonctivite à fuso-spirilles, p. 1.
- BOURAK. Ma méthode de traitement chirurgical de l'ozène, p. 7.
- BRITTO (de). A propos de deux cas de clinique otologique à allure atypique, p. 381.
- CALICETI. *Sur la fréquence de l'importance pratique des périostites mastoïdiennes consécutives aux otites moyennes aiguës chez les enfants*, p. 21.
- CANUYT (et TERRACOL). La polypose nasale déformante et récidivante des jeunes, p. 113.
- CARNOT (et BLAMOUTIER). Stomato-rhino-conjonctivite à fuso-spirilles, p. 1.
- CASTELLANI. Résultats des antro-atticomies partielles, p. 173.
- CHATELIER (et HUDE). Un cas grave de stomatite bismuthique diffuse, p. 809.
- CISLER. Sur la paralysie isolée du dilatateur de la glotte, p. 658.
- CITELLI. Un cas d'hématome du cercelet communiquant avec le sinus sigmoïde. Importance diagnostique de la paralysie faciale dans les lésions cérébelleuses, p. 139.
- CITELLI. A propos de mastoïdites postéro-supérieures et postéro-inférieures ; la cellulite postéro-supérieure, l'abcès dit de Citelli, p. 278.
- COLLET. Diazoréaction et réaction de Moriz-Weisz dans la tuberculose du larynx, p. 125.
- COLLET. Vingt-cinq cas d'hémiplégie laryngée par blessures de guerre. Considérations sur l'innervation du larynx, p. 509.
- COLLET. Syncope avec convulsions après les opérations rhino-laryngologiques, p. 1149.
- CURCHOD. Considérations sur la tuberculose précoce du larynx à propos d'un cas de tuberculome, p. 1028.
- DUTHEILLET DE LAMOTHE. Un cas de paralysie du récurrent droit due à une compression par anévrisme du tronc brachio-céphalique survenue chez une femme porteuse d'une tumeur du corps thyroïde, p. 183.
- DUTHEILLET DE LAMOTHE. Volumineux os de bœuf enclavé dans l'œsophage et non découvert lors d'un premier examen œsophagoscopique, p. 928.
- FERRERI. La valeur médico-légale de la radiographie de la mastoïde en cas d'opération radicale, p. 650.
- HALPHEN. Thrombo-phlébite des sinus caverneux consécutive à une otorrhée chronique réchauffée, p. 167.
- HALPHEN (et RAOUL). Polype kystique géant intrasinusal, p. 445.
- HALPHEN (JOUSSEAUME et WISNER). Volumineux abcès frontal médian par extériorisation d'une sinusite frontale gauche chez une fillette de 14 ans, p. 568.
- HALPHEN. De la névralgie du laryngé supérieur comme complication de l'épidémie actuelle de grippe, p. 914.
- HALPHEN (et AUBIN). Traitement de l'ictus laryngé par l'alcoolisation du laryngé supérieur, p. 26.

- HUDE (et CHATELIER). Un cas grave de stomatite bismuthique diffuse, p. 815.
- JOUSSEAUME. Pyodermite à forme pustuleuse limitée à une région mastoïdienne ayant apparu à la suite d'une otite moyenne purulente aiguë, p. 447.
- JOUSSEAUME (HALPHEN et WISNER). Volumineux abcès frontal médian par extériorisation d'une sinusite frontale gauche chez une fillette de 14 ans, p. 568.
- LEMAÎTRE (ROUGET et RUPPE). Un cas de léontiasis ossea, p. 903.
- LESOURD. L'héliothérapie dans la tuberculose laryngée, p. 663.
- LÉVY BRUHL (et LION G.). Septico-pyohémie à bacillus proteus d'origine otitique p. 637.
- LION (G.) (et LÉVY-BRUHL). Septico-pyohémie à bacillus proteus d'origine otitique, p. 637.
- MALLET (et PSAUME). La curiethérapie de surface par les appareils moulés. Son application aux cancers buccaux et cervico faciaux, p. 785.
- MANGABEIRA. La thérapeutique de l'angine de Vincent, p. 917.
- MANTCHIK. L'hémorragie mortelle artérielle du cancer, p. 186.
- PIAZZA. Sur un cas d'ostéome primitif du sinus frontal droit, p. 318.
- PROBY. Les tumeurs mixtes du prolongement pharyngien de la parotide, p. 302.
- PROBY (et REBATTU). Vaccinothérapie locale de l'ozène par scarifications intranasales et cutanées, p. 1021.
- PSAUME (et MALLET). La curiethérapie de surface par les appareils moulés. Son application aux cancers buccaux et cervico-faciaux, p. 785.
- PUGNAT. Le problème du goitre et la notion des « focal infections », p. 132.
- RAOUL (et HALPHEN). Polype kystique géant intrasinusal, p. 445.
- REBATTU (et PROBY). Vaccinothérapie locale de l'ozène par scarifications intranasales et cutanées, p. 1021.
- RENDU. De la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite du nourrisson, p. 274.
- ROSENTHAL. Le démembrement de la laryngite tuberculeuse, son attaque par la trachéo-fistulisation, p. 39.
- ROSENTHAL. Les grands syndromes physiothérapiques ; végétations adénoïdes et insuffisance respiratoire, p. 1157.
- ROUGET. Les voies d'abord de l'hypophyse, p. 16.
- ROUGET (LEMAÎTRE et RUPPE). Un cas de léontiasis ossea, p. 903.
- RUPPE (LEMAÎTRE et ROUGET). Un cas de léontiasis ossea, p. 903.
- SARGNON. Deux nouveaux cas de névrite optique rétro-bulbaire traités avec succès par opération endo-nasale. Résection de la partie postérieure du cornet moyen, p. 436.
- SARGNON. Hernies et fungus cérébraux d'origine otique, p. 440.
- SARGNON. Un nouveau cas de trachéo-cricostomie chez un tubard canular, p. 681.
- SARGNON. Statistiques de nos corps étrangers des voies respiratoires et digestives hautes, observés de février 1923 au début de mars 1924, p. 780.
- SARGNON (et TROSSAT). Contribution au traitement endonasal des lésions optiques, p. 899.
- SEEMANN. Contribution à la pathogénie et la symptomatologie de la fissure sous-muqueuse du palais osseux, p. 388.
- SHEEHAN. Épithélialisation de l'antre maxillaire dans les états infectieux chroniques de cette cavité, p. 264.
- SOUCHET (et SURREL). Un cas d'ostéite diffuse hypertrophiante du bord alvéolaire des maxillaires supérieurs, p. 32.
- STELLA (De). Technique opératoire pour le traitement des névrites rétro bulbaires d'origine endo-nasale, p. 161.
- SURREL (et SOUCHET). Un cas d'ostéite diffuse hypertrophiante du bord alvéolaire des maxillaires supérieurs, p. 32.
- TERRACOL (et CANUYT). La polypose nasale déformante et récidivante des jeunes, p. 113.
- TORRE. Cancer du larynx, p. 1170.
- TROSSAT (et SARGNON). Contribution au traitement endonasal des lésions optiques, p. 899.
- VASILIO. Hémiatrophie linguale d'origine bulbaire et para-bulbaire associée à la paralysie des autres nerfs bulbaires, p. 1152.
- VASILIO. Troubles de la parole dans la Parkinsonisme, p. 565.
- WISNER (HALPHEN et JOUSSEAUME). Volumineux abcès frontal médian par extériorisation d'une sinusite frontale gauche chez une fillette de 14 ans, p. 568.
- ZAMBRINI. Abcès du cerveau d'origine otique. Traitement par l'exclusion des espaces sous-arachnoïdiens, p. 181.



## TABLE DES AUTEURS

- ABBATE (et MARTUSCELLI). Importance des sinusites dans le développement des tumeurs nasales, p. 482.
- ABOULKER. Clinique et iconographie médico-chirurgicales des maladies de la face et du cou, p. 209.
- ADAM (James). Tumeur de l'angle pontocérébelleux gauche, p. 861.
- ALBERNAZ. Antrite maxillaire chez l'enfant, p. 999.
- ALBRECHT. Pneumatisation et constitution, p. 1195.
- ALBRECHT. Suppurations auriculaires et pneumatisation de la mastoïde, p. 1195.
- ALCALAY. Un cas d'abcès du lobe temporal otitique avec nystagmus vers le côté malade, p. 634.
- ALDEN. Syndrome douloureux des ganglions sphéno-palatins, associé à une affection du sinus maxillaire, p. 1134.
- ALEXANDER. Nomenclature anatomique de l'oreille interne, p. 80.
- ALEXANDER (et MARTIN). Un cas de rhabdomyosarcome du voile, p. 1135.
- ALEXANDRIN. Mucocèle du labyrinthe ethmoïdal, p. 200.
- ALGUIER. Céphalée d'origine sinusienne, p. 368.
- ALIN. Kyste uniloculaire de la branche montante du maxillaire inférieur, p. 1007.
- ALOIN. Kyste paradentaire à développement endo-nasal, p. 368.
- ALOIN (et GIGNOUX). Contribution à l'étude des mastoïdites tuberculeuses, p. 462.
- ALOIN. Les complications méningées de la tuberculose de l'oreille, p. 463.
- ALONSO. Contribution à l'étude des fibromes du naso-pharynx chez la femme, p. 882.
- AMADO (et WEILL). Restauration spontanée du conduit après évidement, p. 945.
- AMERSBACH. Lésions du récurrent dans la strumectomie, p. 83.
- AMERSBACH. La rhinite amniotique, p. 1191.
- AMERSBACH. L'anesthésie locale des voies respiratoires supérieures et de l'œsophage, p. 1194.
- ANDERSON. Pansinusite et thyroïdite septique, p. 736.
- ANDRY (LAURENTIES et LYON). Sur une labyrinthite hérédosyphilitique de deuxième génération, p. 871.
- ANTHON (et KUCZYNSKI). Recherches étiologiques et anatomiques sur l'amygdalite, p. 76.
- ANTHON. Malformations congénitales de l'ouverture laryngée, p. 85.
- APPELMAND. Papillite et infection focale, p. 367.
- ARBuckle. — Quelques complications des naso-sinusites, p. 58.
- ARBuckle. Manifestations générales déterminées par des sinusites paranasales suppurées, 109.
- ARCELIN. Tumeur de l'amygdale traitée par la radiothérapie, p. 492.
- ARCHER. Cellulite chronique de la face, p. 336.
- ATTWENGER. Secousses fibrillaires dans le territoire d'un facial paralysé au cours de l'épreuve calorique, p. 964.
- AUBARET (et ROGER). Paralyse totale des mouvements associés d'élévation et d'abaissement du regard au cours de l'encéphalite épidémique, p. 700.
- AUBIN (et BLOCH). Un cas de symphyse vélo-pharyngée, p. 602.
- AUBIN (et BOURGEOIS). Diphtérie localisée à aspect gangréneux. Paralyse unilatérale du voile du palais et du constricteur supérieur du pharynx du même côté que l'angine, p. 689.
- AUBIN (et HALPHEN). *Traitement de l'ictus laryngé par l'alcoolisation du laryngé supérieur*, p. 926.
- AUBIN (et HALPHEN). *Traitement de l'ictus laryngé par l'alcoolisation du laryngé supérieur*, p. 1081.
- AUBINEAU (et GRENIER). Troubles oculaires sensoriels dans l'encéphalite léthargique, p. 700.
- AUBRIOT. Origine amygdalienne de certains goitres récents, p. 1146.
- AURAND (et JACOB). (Œdème maculaire avec mydriase et paralysie accommodative consécutive à une sinusite ethmoïdo-sphénoïdale catarrhale aiguë, p. 486.
- AURETI. *Anatomie pathologique et thérapeutique des papillomes du larynx*, p. 815.
- AURONSSEAU (et MONDOR). Tumeur mixte sous-maxillaire, p. 763.
- AUZIMOUR (REVERCHON et BOLOTTE). Evaluation de l'insuffisance respiratoire

- d'origine nasale par la méthode graphique à l'aide du masque de Puech relié à un manomètre inscripteur, p. 945.
- BACKER. Mort par embolie aérienne à la suite d'une ponction du sinus maxillaire. Autopsie, p. 879.
- BACKSTEIN. Du diagnostic des sinusites maxillaires à l'aide d'une ponction exploratrice, p. 1129.
- BADOLLE (et PALASSE). Anévrisme de l'aorte descendante thoracique, p. 380.
- BAGLEY. L'abcès du cerveau, p. 466.
- BALDENWECK. *Névrites optiques et sinus postérieurs*, 403.
- BALDENWECK. Névrite optique gauche datant de deux ans. Para-sinusite suppurée bilatérale. Guérison de la névrite optique après opération sur les sinus gauches, p. 737.
- BALDENWECK, MARTERET et CANTONNET. Plurisinusite suppurée aiguë. Œdème de la papille par congestion péripapillaire. Opération de Segura-Hirsh. Pas de lésion perceptible du sinus sphénoïdal. Guérison, p. 880.
- BALDENWECK. *Le nystagmus provoqué par les mouvements de la tête*, p. 893.
- BALDENWECK. Névrites optiques et sinus postérieurs, p. 1000.
- BALDENWECK. *Spasmes et dilatations de l'œsophage*, p. 1037.
- BALDENWECK. Pansinusite double, opérée par voie endonasale sur presque tous les sinus. Crises de rétention dans le sinus frontal droit non opéré. Vaccinothérapie. Névrite rétrobulbaire double, p. 1089.
- BANKS-DAVIS. Un cas de papillomes multiples du nez, p. 69.
- BANKS-DAVIS. Papillomes multiples du larynx, p. 69.
- BANKS-DAVIS. Angiosarcome hémorragique du maxillaire supérieur, p. 70.
- BANKS-DAVIS. A propos de deux corps étrangers de la trachée, chez un enfant de 3 ans, p. 73.
- BANKS-DAVIS. Enclavement d'un sou dans une perforation trachéo-œsophagienne chez un nourrisson de 3 mois, p. 73.
- BARAJAS Y DE VILCHOS. Kyste séreux congénital suppuré à la suite d'une pharyngite diphthéroïde de Vincent chez une fillette, p. 762.
- BARANY. Evidemment pétro-mastoïdien sans plastique, p. 605.
- BARANY. L'opération radicale sans plastique dans les suppurations chroniques de l'oreille. La trépanation et le traitement post-opératoire dans la mastoïdite aiguë, p. 627.
- BARANY. Localisation dans l'écorce de l'hémisphère du cervelet humain, p. 874.
- BARBAZAN. A propos du traitement du vertige par l'adrénaline, p. 1124.
- BARBEY. Radium et épithélioma de l'hypopharynx, p. 53.
- BARBIER (NICOLAS, GATÉ, JUVIN). Lymphangiome de la langue, p. 371.
- BARBIER (et MOURIQUAND). Myxœdème par absence de corps thyroïde, p. 503.
- BARD (L.). *De l'existence et du mécanisme d'une accommodation à la distance dans les deux sens labyrinthiques de l'audition et de la giration*, p. 253.
- BARRAUD. Note sur un cas de méningite guérie, p. 52.
- BARRAUD. Thromboses veineuses multiples et éloignées dans un cas de thrombophlébite du sinus latéral d'origine otique, guérison, p. 55.
- BARRÉ. Traitement de la névralgie faciale par l'ionisation à l'aconitine. Névralgie faciale et sympathalgie faciale, p. 124.
- BARRÉ. Étude neurologique d'un cas d'abcès du cerveau, p. 466.
- BARRÉ (et MORIN). Étude neuro-oculistique des tumeurs de l'étage postérieur du crâne. Contribution au diagnostic différentiel de ces tumeurs, p. 476.
- BARRÉ (et FONCIN). Lésions de la base du crâne à poussées extensives successives, p. 695.
- BARRÉ. Troubles sympathiques et sudoraux d'une moitié de la face, p. 695.
- BARRÉ. L'épreuve du fil à plomb; présentation d'un appareil, p. 696.
- BARRÉ (LAMPERT et KAYSER). Traumatisme orbital. Hémorragie méningée tardive fébrile, p. 696.
- BARRÉ (et CRUSEM). Fracture des deux rochers. Troubles multiples des nerfs craniens. Guérison, p. 696.
- BARRÉ. Troubles respiratoires réflexes après opérations sur les voies respiratoires supérieures, p. 699.
- BARRÉ (et CAHN). Méningite aseptique, troubles labyrinthiques, p. 699.
- BARRÉ (et CRUSEM). Syndrome de Cl. Bernard-Horner et œdème d'un membre supérieur par goitre rétrosternal, p. 699.
- BARRÉ. Sclérose en plaques à forme labyrinthique, p. 701.
- BARRÉ (et REYS). Les troubles labyrinthiques dans la sclérose en plaques. Étude basée sur 40 cas personnels, p. 701.

- BARRÉ (et FOLLY). Méningite syphilitique hypertensive avec amaurose, p. 702.
- BARRÉ. Sclérose en plaques protubérantielle avec complications nerveuses otogènes, p. 702.
- BARRÉ (et REYS). Surdité unilatérale et troubles labyrinthiques spécialisés, p. 703.
- BARRÉ (et CAHN). Syndrome bulbaire complexe par syringobulbie probable, p. 704.
- BARRÉ (REYS et FONCIN). Syndrome ponto-cérébelleux ancien. Méningite puriforme aseptique cloisonnée récente, p. 731.
- BARRÉ (et CANUYT). Sur un cas de céphalée d'origine sphénoïdale. Trépanation des deux sinus, guérison, p. 737.
- BARRÉ (et STEBER). Tumeur du carrefour pétro-sphénoïdal d'origine nasale, p. 882.
- BARRÉ (et DUVERGER). Papillite bilatérale et polynévrite éthylique post-traumatique, p. 943.
- BARRÉ (et DUVERGER). Troubles labyrinthiques et perte des mouvements horizontaux des yeux, p. 944.
- BARRÉ. Sclérose en plaques à forme labyrinthique, p. 944.
- BARRÉ (et MORIN). Paraly  sie d'une corde vocale et troubles vestibulaires par syringomyélie, p. 1102.
- BARRÉ (et KAYSER). Etude neuro-ophtalmologique d'un cas de tumeur du sinus longitudinal supérieur, p. 1102.
- BARRÉ. Troubles vestibulaires au cours d'un syndrome d'hypertension crânienne par tumeur du lobe temporal droit, p. 1103.
- BARRÉ (et METZGER). Etude des réactions vestibulaires au cours du coma, p. 1103.
- BARRÉ (STOLZ et CAHN). Kyste du cervelet diagnostiqué opéré et guéri, p. 1104.
- BARRÉ (et CAHN). Hémiplégie, aphasie et cécité passagères chez un sujet atteint d'insuffisance aortique, p. 1104.
- BARRÉ (et CRUSEN). Transformations des réactions vestibulaires dans un cas de vertige de Ménière, p. 1105.
- BASAVILBABASO. Labyrinthectomie totale dans un cas de labyrinthite suppurée et d'abcès de la fosse cérébrale postérieure, p. 705.
- BAUMGARTNER. Le traitement du lupus du nez par le radium, p. 57.
- BEAURIEUX, PHILIP et CAUSSINEAU. Le phlegmon orbitaire d'origine sinusienne, p. 736.
- BECCO. Calcul amygdalien; p. 747.
- BECK (O.). Otite aiguë avec métastases au 6<sup>e</sup> jour et thrombose sinusienne ultérieure, p. 60.
- BECK (O.). Empyème de la mastoïde et de l'apophyse zygomatique au 4<sup>e</sup> jour d'une otite aigu  e, p. 60.
- BECK (O.). Recherches histologiques sur le processus de guérison après amygdaléctomie, p. 76.
- BECK (O.). Perte des fonctions labyrinthiques avec manifestations subjectives légères. Labyrinthostomie. Signes simulant un abcès du cervelet. Guérison, p. 87.
- BECK. Thrombose sinusienne à streptococcus mucosus, simulant un abcès du lobe temporal, p. 459.
- BECK (O.). Méningite séreuse après radicale simulant un abcès du lobe temporal, p. 460.
- BECK (O.). Septico-pyohémie otogène avec exanthème septique, p. 620.
- BECK. La radiothérapie de la tuberculose laryngée, p. 851.
- BECK (O.). Surdité hérédo-syphilitique et accouchement, p. 963.
- BECK (O.). Fracture de la paroi antérieure du conduit auditif osseux, p. 964.
- BECK (O.). Syphilis acquise de l'oreille interne et traitement antipaludéen, p. 966.
- BECK (O.). Abscès péribulbaire et sous-occipital consécutif à une otite à streptococcus mucosus, p. 966.
- BECK (O.). Otite moyenne chronique réchauffée. Trépanation labyrinthique. Méningite, p. 968.
- BECK (O.). Mastoïdite. Carie de l'écaille temporale, p. 968.
- BECK (O.). Thrombose sinusienne étendue, survenue au 22<sup>e</sup> jour d'un évidement, p. 1193.
- BECK (O.). Chirurgie et traitement post-opératoire des abcès du lobe temporal, p. 1195.
- BECK (K.). Les modifications de l'oreille interne dans les tumeurs ponto-cérébelleuses, p. 1190.

- BEEVOR. Extraction d'un corps étranger de la bronche droite, p. 1095.
- BELL. La flore bactérienne de l'amygdale et plus spécialement le streptocoque hémolytique et les altérations histopathologiques correspondantes, p. 1136.
- BENECH (et GUILLEMIN.). Tumeur du cervelet. Intervention, p. 995.
- BENESI. Contributions cliniques aux affections inflammatoires de la capsule labyrinthique, p. 349.
- BENJAMINS. Plastique de fermeture du canalicule lacrymal inférieur trop incisé dans l'opération de West et Toti, p. 456.
- BENJAMINS. Le polype saignant de la cloison nasale en Europe et dans les pays chauds, p. 456.
- BENSAUDE (et ROCHET). Corps étrangers de l'œsophage, p. 1013.
- BÉRARD. Epithélioma de la langue guéri pendant quatorze ans après traitement chirurgical. Récidive adhérente au maxillaire traitée par le radium, p. 372.
- BÉRARD. Néoplasme de la langue traité à la fois par les moyens chirurgicaux et par le radium, p. 372.
- BÉRARD (et SARGNON). Sifflet dans la bronche gauche. Extraction par bronchoscopie inférieure, p. 496.
- BÉRARD (et DUNET). Tumeur de la glande intercarotidienne, p. 501.
- BERNA. Angiome de la cloison, p. 719.
- BERNARD (L.). *Les voies respiratoires supérieures et la tuberculose pulmonaire*, p. 766.
- BERNEA. Obstruction cicatricielle des narines post-varioliques, p. 617.
- BERNEA. Fausse hémorragie otique après trépanation mastoïdienne, p. 619.
- BERNEA. Ulcération du conduit auditif externe avec bacille de Vincent, p. 619.
- BERNEA. Calcul du canal de Warthon, p. 619.
- BERNEA (et COSTINIU). Les autovaccins en otologie, p. 834.
- BERNEA. « Tire-nerfs » dans le larynx, p. 1077.
- BERNEY (et WEIL). Les manifestations ganglionnaires de l'hérédo-syphilis, p. 1146.
- BERNTON. Le traitement du rhume des foins, p. 106.
- BERTEIN. Cellulite orbitaire non suppurée compliquant un empyème du sinus frontal, p. 483.
- BERTEIN. Paralyse dissociée du nerf facial par cholestéatome latent ; intervention ; guérison, p. 992.
- BIGLER. Anomalies de la trachée et des bronches, p. 52.
- BIGLER. Coexistence d'ostéopsatyrose et de coloration bleu de la sclérotique au cours d'une otosclérose, p. 467.
- BILANCIONI. La voix parlée et chantée normale et pathologique. Guide pour l'étude de la phonétique biologique, p. 748.
- BILANCIONI (et SILVAGNI). Sur l'innervation de la musculature de la trompe d'Eustache, p. 989.
- BILANCIONI (et FUMAROLA). Sur quelques rares manifestations à forme bulbaire de l'encéphalite chronique épidémique, p. 1012.
- BJORKMAN. Résultats auditifs de l'évidement pétro-mastoidien, p. 868.
- BLAINE. Radiothérapie des amygdales grosses et infectées, p. 1074.
- BLAIR (V.-P.) (et PADGETT). Suppuration de la parotide et de ses canaux excréteurs, p. 247.
- BLAMOUTIER (et CARNOT). *Stomato-rhino-conjonctivite à fuso-spirilles*, p. 1.
- BLANCHARD. Du traitement antisiphilitique en oto-rhino-laryngologie, p. 450.
- BLEGVAD. Les avantages, les inconvénients et les dangers de l'anesthésie locale en O. R. L., p. 1109.
- BLEGVAD. La paracentèse dans l'otite catarrhale exsudative, p. 1116.
- BLOCH (et AUBIN). Un cas de symphyse vélo-pharyngée, p. 602.
- BLOCH (A.). Réfection nasale par greffe cartilagineuse, p. 1093.
- BLOHMKE. Diagnostic des tumeurs cérébrales, p. 82.
- BLOHMKE. Le nystagmus de l'obscurité, p. 1197.
- BLUMENTHAL. Fermeture des ouvertures rétroauriculaires permanentes, p. 457.
- BLUMENTHAL. Nouvelle manière de drainer après ouverture de la mastoïde, p. 457.
- BOLOTTE (REVERCHON et AUZIMOUR). Evaluation de l'insuffisance respiratoire d'origine nasale, par la méthode graphique à l'aide du masque de Pech relié à un manomètre inscripteur, p. 945.
- BONDY. Trépanation simple de la mastoïde avec drainage par le conduit, p. 87.
- BONDY. Compensation du nystagmus rotatoire avec excitabilité calorique normale, p. 87.



- BONDY. Abscès du lobe temporal après découverte involontaire de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne, p. 459.
- BONNET (et COLLET). Le syndrome paralytique du cancer de la parotide, p. 248.
- BONNET (et MICHON). Epithélioma de la joue traité par la radiumpuncture, p. 371.
- BOOT. Corps étrangers des bronches et de l'œsophage, p. 58.
- BOOT (W.). Tumeur du ganglion intercarotidien et syndrome de Stokes-Adams, p. 865.
- BOOT (G.-W.). Tumeur de la glande intercarotidienne avec syndrome de Stokes-Adams, p. 1011.
- BOSCHE. Les polypes déformants et récidivants des fosses nasales, p. 877.
- BOSERUP. Contribution à l'étude clinique de la sténose trachéale, p. 758.
- BOSSAERT. Kyste paradentaire uniloculaire du maxillaire inférieur, p. 930.
- BORDEN. La surdité progressive d'origine non suppurative de l'oreille moyenne, p. 1184.
- BORRIES. Le nystagmus réflexe, p. 102.
- BORRIES. Recherches cliniques sur les accès du nystagmus provoqués par des mouvements et des attitudes de la tête, p. 218.
- BORRIES. Affection vestibulaire partielle dans un cas de névrite optique, p. 721.
- BORRIES. Nystagmus optique héréditaire, p. 721.
- BORRIES. Parésie faciale rapidement disparue, p. 724.
- BORRIES. Névralgies du trijumeau et myalgie, p. 724.
- BORRIES. Bradycardie dans la labyrinthite aiguë, p. 724.
- BOURAK. *Ma méthode du traitement chirurgical de l'ozène*, p. 7.
- BOUCHET (et BOURGEOIS). Présentation d'un malade ozéneux avec déformation faciale très marquée, p. 690.
- BOURGEOIS. Tumeur maligne de l'étage inférieur des fosses nasales traitée par la radiothérapie. Guérison depuis un an. Accidents dentaires probablement consécutifs au traitement, p. 598.
- BOURGEOIS. Présentation d'une malade opérée d'un évidement partiel, p. 687.
- BOURGEOIS (et AUBIN). Diphtérie localisée à aspect gangréneux. Paralyse unilatérale du voile du palais, du constricteur supérieur du pharynx du même côté que l'angine, p. 689.
- BOURGEOIS (et BOUCHET). Présentation d'un malade ozéneux avec déformation faciale très marquée, p. 690.
- BOURGEOIS (et POYET). Contribution au traitement des symphyse vélo-pharyngées par la diathermo-coagulation, p. 952.
- BOURGEOIS (et LOUIS LEROUX). Papillomes récidivants du larynx. Guérison par diathermie, p. 1084.
- BOURGEOIS (et LANOS). Néoplasme de la région prévertébrale, p. 1088.
- BOURGEOIS. Langue décapillée : présentation du malade, p. 1092.
- BOURGUET. Quelques réflexions au sujet de la prétendue guérison chirurgicale des névrites rétro-bulbaires par l'ouverture des sinus postérieurs sans pus, p. 1003.
- BRANKMANN. L'appréciation du langage, p. 80.
- BRATESCU-VIRGILIU. Fibrome naso-pharyngien, p. 607.
- BRATESCU-VIRGILIU. Abscès cérébral temporal droit, otique. Opération, guérison, p. 835.
- BRATS. Trois complications de suppurations fronto-ethmoidales, p. 456.
- BRATTSTROM. Deux cas de cancer de l'œsophage avec diagnostic précoce par l'œsophagoscopie, p. 123.
- BRAUN. Angiome de la fosse nasale ; fente palatine latente, p. 458.
- BRAYSHAW-GILHESPY. Curiethérapie dans un cas de fibrosarcome du voile, p. 454.
- BRITTO (De) *A propos de deux cas de clinique otologique à allure atypique*, p. 381.
- BROWN (L.-E). Relations entre la toxicité thyroïdienne et l'infection amygdalienne, p. 236.
- BRUDER. Le traitement local des épistaxis graves, p. 362.
- BRUGGEMANN. Perfectionnement à ma méthode d'hypopharyngoscopie, p. 77.
- BRUGGEMANN. Un symptôme inhabituel d'abcès du cervelet, p. 82.
- BRUGGEMANN. L'opération des polypes naso-pharyngiens, p. 1191.
- BRUMER (et FRUHWALD). Recherches sur la formation des vocales chez les sourds-muets, p. 80.
- BRUNNER. Contribution à la pathologie du labyrinthe osseux envisagée plus particulièrement au point de vue de l'otosclérose, p. 630.

- BRUNNER. Hyperexcitabilité labyrinthique après un traumatisme crânien, p. 853.
- BRUNNER. Productions épithéliales atypiques du conduit auditif externe, p. 855.
- BRUNNER. Exploration du labyrinthe dans les cas du nystagmus latent, p. 967.
- BRUNNER. Examen histologique d'un cas de paralysie récurrentielle p. 985.
- BRUZZI. B. Dégénérescence épithéliomateuse dans un cas de leucoplasie laryngée, p. 241.
- BRUZZI. Pathogénie et traitement des sténoses cicatricielles de l'œsophage, p. 890.
- BRUZZONE. Thérapeutique des sinusites maxillaires chroniques par la méthode Rhéti-Gavello, p. 108.
- BRUZZONE. Syphilome initial tonsillaire à forme diphtéroïde, p. 230.
- BRUZZONE (et VECCHIA). Les injections endotrachéales de novarsénobenzol, p. 243.
- BUCHLAND. Laryngite d'origine indéterminée, p. 71.
- BUDDEN. Un cas de blastomycose, p. 249.
- BUNCH. Les épreuves d'audition chez les sujets normaux, p. 1198.
- BURGER. Accidents mortels dans la chirurgie endonasale, p. 363.
- BURGER. Opération radicale de Barany, p. 454.
- BURGER. Un cas de méningite suppurée guérie au cours d'une otite chronique, p. 454.
- BURGER. Un cas de névrite rétrobulbaire guérie, p. 451.
- BURGER. Phlébite septique des sinus crâniens. Trois types différents, p. 868.
- BURLANESCU (et FSETSU). Sinusite fronto-ethmoïdale suppurée. Opération. Guérison, p. 718.
- BURNIER. Chancre syphilitique de la langue, p. 885.
- BUSSY et (ROLLET). Ectasie et sténose des voies lacrymales, p. 368.
- BUSSY. Les signes oculo-orbitaires des maladies de l'hypophyse, p. 1126.
- BUTLER. Présentation de deux malades atteints de cancer du nez et de la gorge et traités par le radium, p. 712.
- BUYS. Un cas de sinusite frontale chronique à destruction osseuse étendue, p. 590.
- CABOCHE. Polypes solitaires des fosses nasales et sinusites latentes du groupe antérieur. Contribution radiologique, p. 197.
- CABOCHE. Présentation d'instruments pour ablation des polypes solitaires ou choanaux, p. 197.
- CAHN et BARRÉ. Méningite aseptique, troubles labyrinthiques, p. 699.
- CAHN (et BARRÉ). Syndrome bulbaire complexe par syringobulbie probable, p. 704.
- CAHN (BARRÉ et STOLZ). Kyste du cervelet diagnostiqué, opéré et guéri, p. 1104.
- CAHN (et BARRÉ). Hémiplégie, ahésie et cécité passagères chez un sujet atteint d'insuffisance aortique, p. 1104.
- CALAMIDA. La suture du périoste dans les plastiques rétro-auriculaires et frontales, p. 91.
- CALAMIDA. Trois cas de perforation des piliers palatins, p. 240.
- CALDERIN. Un cas de présclérose tympanique de Citelli, p. 630.
- CALICETI. Etude de quelques endothéliomes du nez, du nasopharynx, et de la bouche, p. 1209.
- CAMPBELL. Epithélisation de la cavité mastoïdienne au moyen des greffes, p. 93.
- CANEGHEM (Van). Les services que les recherches de laboratoire peuvent rendre en O.-R.-L., p. 573.
- CANTONNET, MARTERET et BALDENWECK. Plurisinusite suppurée aiguë. Œdème de la papille avec congestion péripapillaire. Opération de Segura-Hirsch. Pas de lésion perceptible du sinus sphénoïdal. Guérison, p. 880.
- CANUYT (et TERRACOL). *La polypose nasale déformante et récidivante des jeunes*, p. 113.
- CANUYT. Le syndrome du ganglion sphéno-palatin, p. 367.
- CANUYT. Le rôle du laryngologiste en matière de chant, p. 493.
- CANUYT (et TERRACOL). Les céphalées sphénoïdales, p. 591.
- CANUYT (et TERRACOL). Syndrome de Ménière (étude otologique), p. 695.
- CANUYT (et TERRACOL). Deux observations de névrite optique rétrobulbaire d'origine sinusienne, p. 697.
- CANUYT (et TERRACOL). Les névrites optiques rétrobulbaires et les sinus postérieurs. Etat actuel de la question, p. 697.

- CANUYT (et TERRACOL). A propos d'un malade atteint de crises névralgiques de sinusite fronto-maxillaire aiguë, p. 701.
- CANUYT (et TERRACOL). Néoplasme de la région hypophysaire. Effondrement des sinus sphénoïdaux. Développement naso-pharyngien. Syndrome adiposo-génital, p. 732.
- CANUYT (et BARRÉ). Sur un cas de céphalée d'origine sphénoïdale. Trépanation des deux sinus. Guérison, p. 737.
- CANUYT (et TERRACOL). Le vertige et l'adrénaline, p. 871.
- CANUYT (et TERRACOL). La névrite optique rétro-bulbaire et les sinus postérieurs, p. 880.
- CANUYT (et TERRACOL). Les complications oculaires des sinusites fronto-maxillaires, p. 944.
- CANUYT (et TERRACOL). Epithélioma du nez et de la région auriculaire avec paralysie faciale, p. 1103.
- CANUYT (et TERRACOL). Les phénomènes oculaires dans les suppurations péri-amygdaliennes, p. 1102.
- CANUYT (et TERRACOL). L'anesthésie locale du voile du palais par infiltration, p. 1104.
- CANUYT (MOURE et LIÉBAULT). Technique chirurgicale O.-R.-L., p. 1113.
- CANUYT. Papillomes récidivants et rebelles du larynx chez un enfant. Trachéotomie, thyrotomie, haute fréquence, radiothérapie profonde. Décanulation, guérison, p. 1141.
- CAREY. Suite de brûlures à l'acide sulfurique chez un malade atteint de laryngite syphilitique, p. 194.
- CARNOT (et BLAMOUTIER). *Stomato-rhino-conjonctivite à fuso-spirilles*, p. 1.
- CARREA (UBALDO). Technique pour l'anesthésie tronculaire du nerf maxillaire supérieur, par le conduit palatin postérieur, p. 741.
- CARSTENS (et STENVERS). Réflexes cervicaux de Magnus-de Kleyn, déterminés par les mouvements spontanés actifs ; mise en évidence concomitante des réflexes labyrinthiques, p. 103.
- CASTELLANI. *Résultats des antro-atticomyies partielles*, p. 173.
- CASTELLANI. Du traitement abortif du phlegmon péri-tonsillaire, p. 1008.
- CATE (et DUPASQUIER). L'autohémothérapie dans les dermatoses, p. 1108.
- CATHCART (et PATERSON). Tuberculose du pharynx, p. 71.
- CAUSSINEAU (BEAURIEUX et PHILIP). Le phlegmon orbitaire d'origine sinusienne, p. 736.
- CAVANAUGH. Corps étranger de l'œsophage, p. 865.
- CAZEJUST (et MOURET). Amygdalotomie maxima, ou amygdalotomie haute, p. 1137.
- CEMACH. La tuberculose de l'oreille et ses rapports avec les recherches modernes sur la tuberculose, p. 342.
- CEMACH. Hyperostose du palais osseux, p. 458.
- CEMACH. Lithiase salivaire, guérie par la lumière ultra-violette, p. 458.
- CEMACH. Paratuberculose des deux mastoïdes, p. 620.
- CEMACH. Otite à streptococcus mucosus et abcès extra-dural, compliqué d'un hématome intracranien, p. 620.
- CEMACH. Traitement du rhume des foins, p. 711.
- CEMACH. La tuberculose de l'oreille dans ses rapports avec les recherches modernes sur la tuberculose, p. 867.
- CEMACH. La tuberculose de l'oreille, du point de vue des recherches modernes sur la tuberculose, p. 994.
- CEMACH. La tuberculose de l'oreille, p. 1200.
- CHALIER (et DEYAQUES). Traitement de l'érysipèle de la face par des injections sous-cutanées de lait, p. 380.
- CHAROUZEK. Rôle des vaisseaux labyrinthiques dans les réactions vestibulaires p. 81.
- CHASSARD (MOURIQUAND et RAVAUULT). Syndrome adiposo-génital avec selle turcique normale, p. 360.
- CHASSARD. Un cas de diverticule épiphrénique de l'œsophage, p. 378.
- CHATELLIER. Un cas grave de stomatite bismuthique diffuse, p. 692.
- CHATELLIER (et HUDE). *Un cas grave de stomatite bismuthique diffuse*, p. 809.
- CHAVANNE. Constatation de la dualité clinique de la rhinite atrophique à l'occasion de 372 cas, p. 590.
- CHAVANNE. Les accident réflexes post-opératoires en rhinologie, p. 996.

- CHAVANNE. Constatation de la dualité clinique de la rhinite atrophique à l'occasion de 372 cas, p. 997.
- CHEATLE. Etiologie et prophylaxie de l'otite moyenne chronique, p. 342.
- CHEATLE. Un cas de lupus du lobule, p. 708.
- CHEATLE. Trois cas de lésion optique après injection d'alcool pour névralgie faciale, p. 946.
- CHEVALIER-JACKSON. A propos du cardiospasme, p. 245.
- CHEVALIER-JACKSON. Suppuration du poulmon causée par le séjour trop prolongé d'un corps étranger, p. 758.
- CHICHEL-NOURSE. Les débuts de l'otologie : l'œuvre de Flourens, p. 90.
- CHILOW. Syphilis du conduit auditif externe, p. 200.
- CHOMPRET. Chancres de la gencive, p. 884.
- CHRISTIANSEN (VIGGO). Diagnostic et traitement des tumeurs de la fosse postérieure du crâne, p. 475.
- CISLER. Sur la pathogénie de la paralysie du dilatateur de la glotte, p. 64.
- CISLER. *Sur la paralysie isolée du dilatateur de la glotte*, p. 658.
- CISLER. Sclérome en Tchécoslovaquie, p. 974.
- CITELLI. *Un cas d'hématome du cervelet communiquant avec le sinus sigmoïde. Importance diagnostique de la paralysie faciale dans les lésions cérébelleuses*, p. 139.
- CITELLI. Traité d'oto-rhino-laryngologie, p. 204.
- CITELLI. *A propos des mastoïdites postéro-supérieures et postéro-inférieures, la cellulite postéro-supérieure, l'abcès dit de Citelli*, p. 278.
- CITELLI. Sur une forme congestive de phlegmon périamygdalien, p. 492.
- CLAQUE. Anatomie et histologie topographique de l'oreille du cobaye en vue de la technique microscopique et de l'expérimentation, p. 989.
- CLAUDE (H.) (et OURY P.). Réactions méningées et épanchements méningés puriformes aseptiques au cours des lésions en foyer de l'encéphale, p. 214.
- CLEMINSON. Tumeur du larynx, p. 857.
- COATES. Un cas d'abcès du cerveau d'origine otitique avec présentation de pièce p. 713.
- COATES. Appareils et épreuves auditives, p. 1188.
- COENON. Le fibrome basilaire (polype naso-pharyngien typique). Tumeur d'origine squelettique, p. 883.
- COLBERT (DUMAREST et PHILIP). La cure climatérique de la tuberculose pulmonaire et l'héliothérapie laryngée, p. 751.
- COLLET. *Diazoréaction et réaction de Moriz-Weisz dans la tuberculose du larynx*, p. 125.
- COLLET (et BONNET). Le syndrome paralytique du cancer de la parotide, p. 248.
- COLLET. Laryngostomie pour rétrécissement du larynx, résultats éloignés, p. 495.
- COLLET (et GAILLARD). Radiographie d'un cas de cholestéatome de la mastoïde, p. 462.
- COLLET. Nœvus sébacé développé sur le trajet d'une fente branchiale, p. 504.
- COLLET. *Vingt-cinq cas d'hémiplégie laryngée par blessures de guerre. Considérations sur l'innervation du larynx*, p. 509.
- COLLET. *Syncope avec convulsions après les opérations rhino-laryngologiques*, p. 1149.
- COMENDANTOFF. L'importance des cavités nasales supplémentaires pour l'organisme, p. 998.
- CORNIL (et LEROUX). Epithélioma sébacé, p. 764.
- COSTINIU. Corps étranger (chiffon) dans la fosse nasale, p. 609.
- COSTINIU. L'histoire de l'O.-R.-L. en Roumanie, p. 611.
- COSTINIU. Migration d'un corps étranger (aiguille) du larynx, p. 616.
- COSTINIU. Un cas de lupus tuberculeux d'origine endo-nasale, p. 617.
- COSTINIU. Abscès pétrocérébelleux postotique, p. 717.
- COSTINIU (et BERNEA). Les autovaccins en otologie, p. 834.
- COSTINIU. L'actinomycose du larynx, p. 1009.
- COSTINIU. Polype sous-glottique, p. 1074.
- COSTINIU. Papillomes du larynx et rayons de Röntgen, p. 1075.
- COSTINIU. Balle de revolver dans la loge amygdalienne, p. 1075.
- COURTENAY MASON. Les angiomes du palais, p. 1096.
- CRECKMUR (KAUFFMANN et SCHULTZ). Les modifications du temporal dans le rachitisme expérimental. Relation avec l'otosclérose, p. 97.
- CRÉMEUX (et ROGER). Hémorragie méningée sus et sous-durale, secondairement



- mortelle par hémorragie du sinus latéral après traumatisme par chute sur la nuque, p. 700.
- CRUSEM (et BARRÉ). Fracture des deux rochers. Troubles multiples des nerfs craniens. Guérison, p. 696.
- CRUSEM (et BARRÉ). Syndrome de Cl. Bernard-Horner et œdème d'un membre supérieur par goitre rétrosternal, p. 699.
- CRUSEM (et BARRÉ). Transformations des réactions vestibulaires dans un cas de vertige de Ménière, p. 1105.
- CURCHOD. *Considérations sur la tuberculose précoce du larynx à propos d'un cas de tuberculome*, p. 1028.
- CUSHING (H.). Tumeurs du nerf auditif, p. 470.
- CUTLER. Névrite optique et relations avec les sinus postérieurs, p. 366.
- DAHLSTROM. Exostose pédiculée du conduit auditif externe, p. 91.
- DALCHÉ (et LABERNADIE). Les rapports de l'oreille avec l'appareil génital de la femme et les endocrines en général, p. 357.
- DALE. Des succédanés de la cocaïne, p. 986.
- DAN M' KENZIE. Spasme glottique du voile, p. 73.
- DAN M' KENZIE. Crise épileptiforme après opération d'un abcès cérébral, p. 326.
- DAN M' KENZIE. Abcès plérygo-maxillaire otogène à la suite d'une thrombophlébite du bulbe, p. 327.
- DAN M' KENZIE. La surdité labyrinthique, p. 631.
- DAN M' KENZIE. L'opération radicale conservatrice sans plastique, p. 709.
- DAN M' KENZIE. Transformation fibromateuse de cholestéatome simulant un néoplasme de l'oreille, p. 709.
- DAN M' KENZIE. Lésion du nerf lingual après ablation de l'amygdale à la guillotine, p. 855.
- DAN M' KENZIE. Attelles pour la cloison nasale, p. 856.
- DAN M' KENZIE. Aplasie de la partie vomérienne de la cloison, associée à une luette bifide, p. 856.
- DAN M' KENZIE. Nystagmus pendant une attaque de vertige de Ménière, p. 1123.
- DARABAN. Traitement de la tuberculose laryngée par l'héliothérapie, p. 1140.
- DAVID-GALATI. Tuberculome avec perforation nasale, p. 608.
- DAVID-GALATI. Polype interaryténoidien, p. 608.
- DAVID-GALATI. Strictures œsophagiennes, p. 613.
- DAVID-GALATI. Varice de la veine jugulaire externe, p. 720.
- DAVID-GALATI. Hémoptysie et corps étranger du larynx, p. 720.
- DAVID-GALATI. Corps étranger œsophagien avec abcès, p. 720.
- DAVID-GALATI. La latence de l'abcès cérébral otique, p. 835.
- DAVID-GALATI. Abcès des fosses nasales d'origine dentaire, p. 835.
- DAVID-GALATI. Otite moyenne des nourrissons, p. 838.
- DAVIS (ED.). Anatomie pathologique et le drainage de la méningite otique, p. 191.
- DAVIS (EDWARD). L'anatomie pathologique et le drainage de la méningite otitique, p. 94.
- DAVIS (D.-J.). Etudes comparatives du contenu des cryptes amygdaliennes chez l'homme, le bœuf et le porc, p. 233.
- DAVIS (E.-D.-D.). Les kystes du larynx, p. 243.
- DAVIS. Névrite rétrobulbaire d'origine nasale, p. 738.
- DAVIS (E.-D.-D.). Abcès chronique de la protubérance dû à une suppuration auriculaire, p. 971.
- DAVIS (WARREN-B.). Atresie congénitale des narines, p. 714.
- DECHAUME (et MARTIN). Des lésions vasculaires causées par la curiethérapie, p. 1106.
- DECHAUME (et MOURIQUAND). Dents d'Hutchinson frustes, p. 502.
- DECHAUME (et MOURIQUAND). L'adénite sérique. Accidents de la sérothérapie antidiphthérique, p. 490.
- DECHAUME (et PALLARD). Cancer primitif du poumon, p. 498.
- DEDEK. Affections angioneurotiques des voies aériennes supérieures, p. 976.
- DELATER. Epithélioma glandulaire de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Mort par perforation stomacale, p. 761.
- DELATER (et WORMS). De l'autovaccination en O.-R.-L., p. 1107.
- DELHERM et MOREL-GAHN. La radiographie des tumeurs intracrâniennes, p. 733.
- DELIE. Quelques réflexions sur les paralysies du larynx, p. 936.

- DELIE. Meningisme avec iridocyclite syphilitique héréditaire et coryza spécifique, p. 942.
- DELLA CIOPPA. Les troubles de la parole dans la paralysie pseudo-bulbaire, p. 1010.
- DELLA CIOPPA. Les troubles de la phonation et de la respiration dans la polyencéphalite chronique inférieure ou paralysie labio-glosso-laryngée, 1011.
- DELORE (et DUNET). Cholestéatome juxta-thyroïdien. Développé à la périphérie d'un goitre kystique, p. 250.
- DELORE (et DUNET). Fibrome de la langue chez un jeune homme de 18 ans. Enucléation, p. 371.
- DELPÉRIER. Étude du cancer de la corde vocale et de son traitement par la thyroïdectomie, p. 109.
- DEMETRIADES. États pathologiques de l'oreille au cours des tumeurs malignes des voies respiratoires et du cou, p. 201.
- DEMETRIADES. Sténose nasale de diagnostic indéterminé, p. 202.
- DEMETRIADES. Un index labyrinthique, p. 711.
- DEMETRIADES (et SPIEGEL). Contribution à l'étude du système nerveux végétatif: Influence de l'appareil vestibulaire sur les mouvements intestinaux, p. 730.
- DEMETRIADES (et SPIEGEL). Recherches expérimentales sur les réflexes labyrinthiques végétatifs et leur localisation centrale, p. 1196.
- DENIS (et VACHER). A propos du traitement post-opératoire des mastoïdites et de l'évidement pétro-mastoïdien, p. 628.
- DENNIS. Quelques complications des sinusites. Analyse de cas associés à de l'asthme et à des lésions pulmonaires non-tuberculeuses, p. 1128.
- DESCARPENTRIES. Les injections d'auto-sang hémolysé en O.-R.-L., p. 461.
- DETRY. Refoulement latéral du larynx par un sarcome du cou, p. 933.
- DEUTSCH. Exostoses endocraniennes coexistant avec une otosclérose, p. 88.
- DEUTSCH. Bacille fusiforme comme agent d'une otite aiguë, p. 854.
- DEUTSCH. Indication opératoire basée sur les rayons X, p. 967.
- DEYADES (CHALIER). Traitement de l'érysipèle de la face par des injections sous-cutanées de lait, p. 380.
- DIDIER. Un cas de perforation latérale du voile du palais, p. 490.
- DIDIER. Une nouvelle application de la section physiologique du nerf laryngé supérieur, p. 494.
- DIDIER. Le laryngologiste au préventorium, p. 750.
- DIETRICH. L'aspect anatomo-pathologique de l'amygdalite chronique, p. 75.
- DIGGLE. Les rapports des affections thyroïdiennes avec la laryngologie, p. 333.
- DIGGLE. Les affections de la glande thyroïde en relation avec la laryngologie, p. 377.
- DIGGLE (HOLS). Un cas de tumeur cliniquement maligne du sinus pyriforme gauche, p. 337.
- DOBROGEW. La parole sans larynx, p. 198.
- DONALD WATSON (et FRASER). A propos de 14 cas de cancers intrinsèques du larynx (histopathologie), p. 753.
- DONIOL-VALEROZE. Traitement de l'ozène par la vaccinothérapie locale, p. 1089.
- DORRANCE. Rhinoplastie pour résection totale ou partielle du nez, p. 1186.
- DOUGLASS. Epilepsie laryngée, p. 1210.
- DOUGLAS QUICK. Le traitement conservateur des ganglions du cou dans le carcinome intra-buccal, p. 233.
- DOUGLAS QUICK. Traitement des néoplasmes malins des amygdales, p. 237.
- DOUGLAS QUICK (et FR. JOHNSON). Traitement radiumthérapique des tumeurs de la parotide, p. 247.
- DRAGANESCO (et MARINESCO). — Un cas de tumeur mixte à l'angle pontocérébelleux et du ganglion de Gasser, p. 731.
- DREYFUS. Névrite rétrobulbaire aiguë. Guérison spontanée, p. 697.
- DROESBÈQUE. Guérison spontanée des lésions tuberculeuses du larynx, p. 595.
- DUBREUILH. Rhinoplastie partielle par transplantation cutanée, p. 733.
- DUFOUT. A propos du diagnostic de la diphtérie. Relations de la clinique et du laboratoire, p. 372.
- DUFOUT. Le pneumocoque et les néphrites aiguës de l'enfance, p. 1146.
- DUJARDIN (et GORIS, père). Quelques cas de tumeurs des cavités de la tête traités par le radium, p. 957.
- DUKE. Syndrome de Ménière par allergie, p. 469.

- DUMAREST (COLBERT-PHILIP). La cure climatérique de la tuberculose pulmonaire et l'héliothérapie laryngée, p. 751.
- DUNDAS-GRANT. Un cas de tumeur du ventricule chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire, p. 72.
- DUNDAS-GRANT. Surdité complète datant d'une chute, p. 191.
- DUNDAS-GRANT. Un cas de surdité aggravée après une chute, p. 191.
- DUNDAS-GRANT. Surdité de longue durée due à une chute sur la tête, p. 192.
- DUNDAS-GRANT. Deux cas de paralysie laryngée et vélopalatine gauche, p. 194.
- DUNDAS-GRANT. Traitement d'un sarcome de l'amygdale par les rayons X après ablation partielle, p. 195.
- DUNDAS-GRANT. Un cas de cancer laryngé intrinsèque étendu chez une femme, guéri par la laryngectomie totale, p. 452.
- DUNDAS-GRANT. Un cas d'aphonie fonctionnelle Guérison avec la manœuvre de Négus et l'assourdisseur Barany, p. 453.
- DUNDAS-GRANT. A propos de la compression digitale des artères vertébrales dans les bourdonnements d'origine vasculaire, p. 708.
- DUNDAS-GRANT. Six cas d'altérations oculaires d'origine nasale, guéries ou améliorées après intervention endonasale, 1131.
- DUNET. Lithiase de la glande sous-maxillaire, p. 249.
- DUNET (et DELORE). Cholestéatome juxta-thyroïdien, développé à la périphérie d'un goitre kystique, p. 250.
- DUNET (et DELORE). Fibrome de la langue chez un jeune homme de 18 ans. Enucléation, p. 371.
- DUNET (et SANTY). Kyste adamantin uniloculaire de la branche montante du maxillaire inférieure avec formations microkystiques intra-pariétales, p. 380.
- DUNET. Goitre annulaire péri-trachéo-œsophagien, p. 503.
- DUNET (et BÉRARD). Tumeur de la glande inter-carotidienne, p. 504.
- DUNN (J.-R.) (et WOODS A.-C). Etude étiologique d'une série de névrites optiques, p. 231.
- DUPASQUIER (NICOLAS et GATÉ). L'autohémothérapie dans la furonculose, p. 342.
- DUPASQUIER (NICOLAS et MASSIAS). La syphilis tertiaire du bourgeon incisif, p. 502.
- DUPASQUIER (et CATE). L'autohémothérapie dans les hématoses, p. 1108.
- DURAND. Fractures spontanées de l'extrémité supérieure du fémur dans une métastase du cancer thyroïdien. Désarticulation de la hanche, p. 250.
- DURAND. Hypertrophie diffuse des os du crâne et de la face. Leontiasis ossea. Dégénérescence sarcomateuse du maxillaire inférieur, origine endocrinienne probable, p. 504.
- DURAND (J.) (et HAUTANT). Papillome des fosses nasales. Radiothérapie. Guérison, p. 1091.
- DURET (et MICHON). Les abcès de la langue, p. 885.
- DUTHEILLET DE LA MOTHE. Paralysie du récurrent droit due à une compression par anévrisme du tronc brachio-céphalique, survenue chez une femme porteuse d'une volumineuse tumeur du corps thyroïde, p. 183.
- DUTHEILLET DE LAMOTHE (et DUVERGER). Syndrome du ganglion sphéno-palatin, p. 486.
- DUTHEILLET DE LAMOTHE. Volumineux os de bœuf enclavé dans l'œsophage et non découvert lors d'un premier examen œsophagoscopique, p. 928.
- DUTHEILLET DE LAMOTHE. Amygdalectomie et amygdalotomie, p. 1136.
- DUTROU. Nouvelles observations sur l'étiologie et le traitement de la sinusite maxillaire, p. 230.
- DUVERGER (et DUTHEILLET DE LAMOTHE). Syndrome du ganglion sphéno-palatin, p. 486.
- DUVERGER. Argyll-Robertson fruste après contusion du globe, p. 695.
- DUVERGER. Névrite rétrobulbaire aiguë, p. 698.
- DUVERGER. Evolution du signe d'Argyll-Robertson chez un tabétique, p. 703.
- DUVERGER (et BARRÉ). Papillite bilatérale et polynévrite éthylique post-traumatique, p. 943.
- DUVERGER (et BARRÉ). Troubles labyrinthiques et perte des mouvements horizontaux des yeux, p. 944.
- DUVERGER. Anévrisme artérioso-veineux du cou, p. 1101.
- EAGLETON. Le traitement opératoire de la méningite suppurée, p. 461.
- EAGLETON. Importance de la diminution de la durée du nystagmus rotatoire dans les lésions diffuses des voies du système nerveux central au-dessus du cortex cérébelleux, p. 476.

- EAGLETON. Importance de l'inexcitabilité des canaux semi-circulaires externes à l'eau froide dans le diagnostic de l'hypertension de la fosse cérébrale postérieure, p. 476.
- EAGLETON. Traitement opératoire des inflammations cérébrales et méningées, p. 1073.
- EAGLETON. Pathologie chirurgicale et technique opératoire, p. 1121.
- ECKERT-MÖBIUS. Traitement de la rhinite atrophique simple et fétide par l'implantation des parties spongieuses macérées d'os de bœuf, p. 481.
- EHRENFRIED. Otite avec méningite, suite de traumatisme, p. 82.
- EICKEN (VON). Extraction d'une aiguille et de son fil de la bronche gauche, p. 84.
- EINSINGER. Deux cas de parésie faciale unilatérale congénitale, p. 460.
- EMERSON. Les infections chroniques des voies respiratoires supérieures et leurs relations avec les maladies générales, p. 1069.
- ENGEL (R.). Un nouveau cas d'apoplexie du voile du palais, p. 196.
- ERDELYI. Complications survenues à la suite de l'ablation de tamponnement nasal, p. 106.
- ERVES (C.-C.). Précautions à prendre dans l'anesthésie locale, p. 89.
- ESCAT. Deux cas d'apoplexie du voile du palais, p. 1007.
- FAIRIN GOLLAN. Diverticules de l'œsophage, p. 118.
- FALLAS. Infection bilatérale de l'éthmoïde postérieur et du sphénoïde, p. 931.
- FALLAS. Trois cas de paralysie de la corde vocale gauche, p. 932.
- FALLAS. Deux cas de paralysie récurrentielle bilatérale au cours d'un anévrysme de l'aorte, p. 932.
- FALLAS. Papillome de la voûte palatine, p. 933.
- FALLAS. Sinusite fronto-maxillaire chez un malade porteur d'un syndrome de Horner, p. 935.
- FALLAS. Ulcération syphilitique du tragus, p. 937.
- FALLAS. Kyste du maxillaire inférieur, p. 940.
- FALLAS. Un cas de mégacœsophage, p. 941.
- FALLAS. Femme de 40 ans atteinte de céphalée rebelle, p. 942.
- FAULKNER. Les relations de la sinusite avec le rhumatisme déformant, p. 1068.
- FEMPEA. Le traitement de l'ozène par les vaccins, p. 845.
- FENTON (R.-A.). Mastoïdite chez les gens âgés, p. 93.
- FERNANDÈS. Lupus des muqueuses pharyngée et palatine, p. 956.
- FERRERI (G.). Les altérations anatomo-pathologiques des osselets au cours des otites moyennes supprimées chroniques envisagées au sujet du traitement, p. 345.
- FERRERI. *La valeur médico-légale de la radiographie de la mastoïde en cas d'opération radicale*, p. 650.
- FERRERI. De l'hypoexcitabilité du labyrinthe postérieur dans la méningite séreuse essentielle, p. 730.
- FERRERI. Les altérations anatomo-pathologiques des osselets dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne et leur traitement, p. 869.
- FERRERI. Canule laryngienne pour le radium, p. 892.
- FERRY. Diverticule par traction-pulsion, obliquement descendant, de la paroi antéro-latérale droite de l'œsophage chez une fillette de 8 ans, morte de péritonite appendiculaire au cours d'une rougeole, p. 761.
- FESAR. Les abcès cérébelleux au cours des thrombophlébites du sinus latéral, p. 63.
- FESCHNER. Radiothérapie de l'othématome, p. 1193.
- FETTEROLF (et FOX). La réaction des tissus péritonsillaires à l'amygdalectomie. Etude de l'étiologie des abcès pulmonaires post-opératoires, p. 1070.
- FEUCHTINGER. Cancer du maxillaire supérieur. Opération. Plastique. Guérison, p. 85.
- FEUCHTINGER. Cancer de la base de la langue, opération, plastique; guérison, p. 85.
- FEUCHTINGER. Phlegmon pharyngé post-angineux à marche descendante, guéri par incisions cervicales et médiastinotomie, p. 85.
- FEUCHTINGER. Papillome du larynx, traité par la réentgétherapie, p. 202.
- FEUCHTINGER. Rupture d'un anévrysme de l'aorte au cours d'une trachéotomie, p. 1193.
- FIGI (Fr.) (et GORDON NEW). Actinomycose de la tête et du cou, p. 250.
- FINDER. Accident au cours d'un lavage du sinus-maxillaire, p. 84.
- FINDER. Le traitement intralaryngé des épithéliomas laryngés, p. 754.



- FISCHER. La cinématographie en otologie, p. 80.
- FISCHER. Etiologie et clinique du spasmus nutans, p. 105.
- FLETCHER. La mensuration asdiométrique et des avantages, p. 1188.
- FOLLY. Lésions des V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup>, VII<sup>e</sup> paires chez un syphilitique atteint d'otite ancienne, p. 694.
- FOLLY (et BARRÉ). Méningite syphilitique hypertensive avec amaurose, p. 702.
- FONCIN (et BARRÉ). Lésions de la base du crâne à poussées extensives successives, p. 695.
- FONCIN (REYS et BARRÉ). Syndrome ponto-cérébelleux ancien. Méningite puriforme aseptique cloisonnée récente, p. 731.
- FONTAINE (et STOLZ). Chondromatose du squelette avec grand chondrome de l'ethmoïde, p. 735.
- FORSCHNER. Radiothérapie de l'othématome, p. 87.
- FORSCHNER. Angine et stomatite de Vincent, p. 853.
- FORSCHNER. Hémato-tympa post-traumatique avec paralysie faciale et lésion cochléo-vestibulaire, p. 968.
- FORSTER. Remarques sur la formation du sac laryngien antérieur des simiens inférieurs, 748.
- FORSTER. Le muscle thyroaryténoïdien chez le chat, p. 748.
- FORTON (et PORTMANN). Le syndrome médiastinal en O.-R.-L., p. 1143.
- FOTIADE (et TSETSU). Un cas de cicatrices vicieuses des fosses nasales, du pharynx, du larynx et paralysie de la corde vocale gauche, p. 1077.
- FOX (et FETTEROLF). La réaction des tissus péritonsillaires à l'amygdalectomie. Etude de l'étiologie des abcès pulmonaires post-opératoires, p. 1070.
- FRANCHINI (et RICCITELLI). Rhinite spasmodique, p. 706.
- FRANCK (I.) (et STRAUSS) (F.). Etude de l'action du calcium sur l'intoxication cocaïnique expérimentale, p. 212.
- FRANKLIN (PHILIP). Ulcération de la cloison nasale, p. 1097.
- FRAQUAIR. La valeur des altérations visuelles dans le diagnostic des affections du nerf optique dues aux sinusites latentes, p. 1131.
- FRASER (et DONALD WATSON). Remarques sur 14 cas de cancers intrinsèques du larynx avec démonstration histologique, p. 452.
- FRASER (et DONALD WATSON). Quatorze cas de cancers laryngés intrinsèques, p. 706.
- FRASER. Surdité congénitale chez un chien, p. 707.
- FRASER (et DONALD WATSON). A propos de 14 cas de cancers intrinsèques du larynx (histopathologie), p. 755.
- FRASER. Thrombo-phlébite septique du sinus et du golfe de la jugulaire, p. 992.
- FRASER (et WATSON). Sur 14 cas de cancers laryngés intrinsèques opérés, p. 1070.
- FRASER. La fréquence des interventions sur le sinus sphénoïdal, p. 1133.
- FRASER. Un schéma de recherches internationales dans l'otosclérose et les surdités semblables, p. 1189.
- FREMEL. Morphologie et développement de l'abcès cérébelleux, p. 82.
- FREMEL. Morphologie et accroissement de l'abcès du cervelet, p. 95.
- FREMEL. Abcès du lobe temporal des dimensions d'un noyau de cerise, p. 201.
- FREMEL. Crises de vertiges par mouvements brusques de la tête, p. 968.
- FREMEL. A propos des voies de propagation de l'abcès cérébral otogène, p. 1195.
- FREY (et KRYSER). Radiothérapie de l'otosclérose, p. 82.
- FREY. Othématome guéri par mon procédé opératoire, p. 964.
- FRIBOURG-BLANC (et WORMS). Syndrome méningé aseptique au cours d'une polysinusite latente d'origine dentaire, p. 864.
- FRIEL. L'ionisation dans 2 cas d'otite moyenne chronique suppurée, p. 710.
- FRIEL. Surdité extrême unilatérale par voie aérienne avec conduction osseuse parfaite, p. 972.
- FRÖSCHEL. Nouvelle méthode de mesure de l'audition dans la surdité accusée et les surdi-mutités, p. 87.
- FROST (ALLEN). Les otolithes chez les poissons, p. 708.
- FROTZL. Influence favorable de la radiumthérapie sur les fibromes récidivant du larynx, p. 64.
- FROTZL. Quelques cas traités par le radium, p. 68.
- FRUHWALD (et BRÜMER). Recherches sur la formation des vocales chez les sourds-muets, p. 80.
- FSETSU (et BURLANESCU). Sinusite frontoethmoïdale suppurée. Opérée et guérie, p. 718.

- FUMAROLA (et BILANCIONI). Sur quelques rares manifestations à forme bulbaire de l'encéphalite chronique épidémique, p. 1012.
- GAILLARD (et COLLET). Radiographie d'un cas de cholestéatome de la mastoïde, p. 462.
- GAILLARD (et RAVAUULT). Sur un cas d'épithélioma vestibulaire laryngé à localisations multiples, p. 495.
- GAILLARD (et REBATTU). Thyroïdite aiguë suppurée et périchondrite diffuse du cartilage thyroïde, d'origine streptococcique, p. 503.
- GAILLARD (et LANNOIS). Elimination spontanée par le conduit d'un séquestre du limaçon. Radiographie du rocher, p. 596.
- GAILLARD. Abaisse-langue électrique démontable et stérilisable pour éclairage du sinus maxillaire, p. 998.
- GAILLARD (et ROLLET). Notes sur quelques points de l'anatomie du sinus sphénoïdal et sur sa vascularisation, p. 1000.
- GALEBSKY. Diaphragme à la suite d'une brûlure par potasse, p. 198.
- GALEBSKY. Adhéhérences palato-pharyngées d'origine syphilitique, p. 198.
- GALEBSKY (et WOYATSCHEK). Un énorme polype, p. 200.
- GALEBSKY. Enfant albinos avec nystagmus ondulateur, p. 200.
- GALEBSKY. Diaphragme de la partie inférieure du pharynx, p. 200.
- GALEBSKY. Plastique du nez, p. 200.
- GALLUSER. Des opérations du sinus frontal par voie nasale, p. 56.
- GAMALEIA (et MATHIEU). A propos de 3 cas de thrombo-phlébite des sinus caverneux, complication d'accidents dentaires et particulièrement de la dent de sagesse, p. 888.
- GARDINER. Un cas d'abcès cérébral dû à une ancienne suppuration auriculaire. Guérison, p. 338.
- GAREL. Végétations adénoïdes, p. 487.
- GAREL (et JAPIOT). Présentation de clichés radiographiques, p. 489.
- GAREL. Vergetures des cordes vocales, séquelles de laryngite chronique, p. 757.
- GARNIER. A propos du diagnostic des diverticules de Zenker, p. 500.
- GATÉ (NICOLAS et DUPASQUIER). L'autohémothérapie dans la furonculose, p. 342.
- GATÉ (NICOLAS, BARBIER, JUVIN). Lymphangiome de langue, p. 371.
- GATSCHER. Otolgie par apicite, p. 459.
- GATSCHER (KREIDL). Analyse de quelques manifestations postrotatoires, p. 353.
- GATSCHER. Cholestéatome du conduit auditif, p. 965.
- GAVELLO. Observations otologiques dans la récente épidémie d'encéphalite léthargique, p. 97.
- GAVELLO. Un cas intéressant de stomatologie, atrophie sénile ou ostéoporose précoce des maxillaires, p. 240.
- GAVIN YOUNG. Névrite rétrobulbaire d'origine sphénoïdale, p. 1131.
- GENET (et JACOB). Névrites optiques et sinusites postérieures aiguës, p. 485.
- GENZ. Polyposé du nez, de coloration verte, p. 985.
- GEORGHU. Un cas de rhino-trachéo-broncho-sclérome, p. 848.
- GERDÈRE. Les pneumococcies prolongées chez le nourrisson, p. 498.
- GERY. Sur les diverticules de l'œsophage: les diverticules de fistulisation, p. 761.
- GERY. Fistule tuberculeuse ganglio-œsophagienne, p. 762.
- GIGNOUX (et ALOIN). Contribution à l'étude des mastoïdites tuberculeuses, p. 462.
- GILLIES. Différences syphilitiques du nez, p. 734.
- GILSER. Signification du canal crano-pharyngien, p. 455.
- GINNIS. Corps étrangers des bronches, p. 955.
- GIRARD. La ligne vestibulaire horizontale. Sa projection sur le profil de la tête, p. 862.
- GIROD. La laryngofissure combinée à la radium et à la radiothérapie dans les cancers glottiques du larynx, p. 115.
- GIROD. Contribution à la stock-vaccinothérapie en chirurgie oto-péto-mastoïdienne, p. 988.
- GLAS. Rhinolithé choanal, p. 85.
- GLAS. Tumeur cartilagineuse du larynx, p. 202.
- GLAS. Fistule tuberculeuse du larynx, p. 202.
- GLAS. La redécouverte de l'épreuve du diapason de Glas dans les suppurations sinusiennes, p. 365.
- GLAS. Tuberculose de la fosse nasale, p. 457.
- GLAS. Chancres primitifs de l'amygdale, p. 457.

- GLAS. Volumineux kyste dentaire du maxillaire supérieur, p. 711.
- GLAS. Tuberculose de la narine, p. 711.
- GLAS. Infiltration gommeuse de l'épiglotte et del a moitié droite du larynx, p. 1192.
- GLAS. Tuberculose du larynx localisée, p. 1192.
- GLAS. Gros kyste dentaire du maxillaire supérieur gauche, p. 1192.
- GOLDBERGER. Symptôme de la fistule avec mouvement de la tête après évidemment pétro-mastoldien, p. 853.
- GOLDBERGER. Otite moyenne chronique. Cholestéatome fétide. Thrombose sinusienne sans fièvre, p. 1194.
- GOLDMANN. Diverticule de l'œsophage par pulsion, favorablement influencé par l'iodure, p. 457.
- GOLDSMITH (PERRY). Etude clinique et anatomo-pathologique du fibrome naso-pharyngien, p. 370.
- GOLDSMITH. Le fibrome naso-pharyngien. Etude clinique et pathologique, p. 1069.
- GORDING. Sarcome de l'amygdale, p. 61.
- GORDON NEW (et FR. FIGI). Actinomycose de la tête et du cou, p. 250.
- GORIS (père). Un troisième cas de prosopodyaschise pour séquestres de la base du crâne et sinusites, p. 588.
- GORIS (père). Sur 4 cas de névrite optique d'origine extra-orbitaire, p. 592.
- GORIS (père). Deux cas d'hémilaryngectomie, p. 956.
- GORIS (père) (et DUJARDIN). Quelques cas de tumeurs des cavités de la tête traités par le radium, p. 957.
- GORIS. Sur 4 cas de névrite optique extra-orbitaire, p. 1001.
- GORIS (fils). A propos d'une névrite optique, p. 593.
- GORIS (fils). Particularité intéressante constatée au cours de l'examen vestibulaire d'un cas de « Fistel symptôme », p. 596.
- GORIS (fils). A propos d'un symptôme facilitant le diagnostic des lésions mastoïdiennes latentes, p. 596.
- GORIS (fils). Fracture du crâne (un cas), p. 956.
- GORSSE (De) Les otites moyennes catarrhales, leur importance au point de vue fonctionnel et leur traitement par les vaporisations sulfurées, p. 212.
- GOT. (LONBAT) Cardiosisme de l'œsophage. Gastrotomie d'urgence. Dilatation. Guérison, p. 379.
- GRAHAM. Corps étrangers des voies aériennes et de l'œsophage. Etude clinique, p. 244.
- GRAHE. Troubles auditifs et vestibulaires dans les néphrites, p. 1123.
- GRAHE. Réflexes des canaux semi-circulaires sur les extrémités du lapin, p. 1197.
- GRAND-CLÉMENT (et SARGNON). Sinusite profonde et lésion des nerfs optiques. Résection des cornets moyens. Disparition rapide des troubles visuels, p. 366.
- GRANT. Localisation des tumeurs cérébrales, p. 474.
- GRAY (A.-A.). Atlas d'Otologie, p. 727.
- GREENE. Nouvelles expériences sur l'emploi d'extraits de tissu dans l'amygdalectomie, p. 1070.
- GREIF. Tuberculose laryngée guérie par le galvanocautère, p. 62.
- GREIF. Présentation de cas d'ozène guéris par les rayons ultra-violet, p. 65.
- GREIF. Sarcome du larynx guéri par les rayons X, p. 67.
- GREIF. Le facteur microbien dans le syndrome appelé (*ozaena genuina*) et son importance dans l'étiologie et le traitement de cette maladie, p. 976.
- GRENIER (et AUBINEAU). Troubles oculaires sensoriels dans l'encéphalite léthargique, p. 700.
- GRICHTER (et PEARLMANN). Le tissu lymphoïde de la loge amygdalienne avec amygdalectomie, p. 59.
- GRICHTER (et PEARLMANN). Le tissu lymphoïde de la loge amygdalienne après l'amygdalectomie, p. 235.
- GRINKER. Considérations générales et diagnostic des inflammations du cerveau et des méninges d'origine oto-rhinologiques, p. 1072.
- GRIVOT (et LEROUX). Résection de sténose trachéale ancienne par port prolongé de canule, p. 693.
- GROSSMANN. Chondrome malin du rhino-pharynx. Opération puis traitement par le radium. Accidents causés par ce dernier, p. 458.
- GROSSMANN. Goitre intra-trachéal, p. 458.
- GROSSMANN. A propos des épithéliomas multiples primitifs, p. 754.
- GRUNBERG. Le nystagmus paradoxal, p. 200.
- GRUNBERG. Polyposse dea sinus, p. 200.

- GRUNBERGER (et PIJPER). Un cas de leio-myome de l'œsophage, p. 123.
- GUÉRIN. Contribution à l'étiologie de la surdi-mutité, p. 350.
- GUILLEMEN (et BENECH). Tumeur du cervelet. Intervention, p. 995.
- GUILLEMENET. Technique, indication et valeur de la thoracoplastie extra-pleurale dans la tuberculose pulmonaire et dans la dilatation des bronches, p. 497.
- GUISEZ. Radiumthérapie du cancer de l'œsophage, p. 24.
- GUISEZ. Corps étrangers œsophagiens et bronchiques enlevés par broncho-œsophagoscopie, p. 759.
- GUISEZ. De quelques points essentiels de la technique en broncho-œsophagoscopie, p. 889.
- GUSSANI. Importance de la recherche hématologique en O.-R.-L., p. 988.
- GUIX (et STRUYCKEN). Abscès du pégoncle cérébelleux après évidement, p. 455.
- GUSSIO. Sur la signification biologique et sur la valeur diagnostique du quotient albuminoïde du sérum sanguin chez les cancéreux, p. 621.
- GUTHRIE (DOUGLAS). L'hyperplasie chronique du maxillaire supérieur, ses rapports avec d'autres tumeurs osseuses et l'oto-sclérose, p. 331.
- GUTHRIE (DOUGLAS). Le traitement chirurgical de l'élargissement congénital du nez, p. 339.
- GUTHRIE (DOUGLAS). Tertiarisme du palais simultané chez le mari et la femme, p. 339.
- GUTHRIE (DOUGLAS). Sarcome de l'amygdale, p. 339.
- GUTHRIE (DOUGLAS). Hyperplasie chronique du maxillaire supérieur ; ses rapports avec les autres tumeurs osseuses et avec l'otosclérose, p. 380.
- GUTTICH. Dégénérescence maligne d'un kyste dentaire chez un garçon de 14 ans, p. 83.
- HAARDT. Contracture de convergence des globes oculaires par pression sur le tragus au cours d'une suppuration auriculaire, p. 965.
- HAARDT. Affection otolithique post-opératoire au cours d'une otite moyenne chronique, p. 965.
- HAARDT. Oxycéphalie, p. 965.
- HAARDT. Atrésie bilatérale du conduit, consécutive à un eczéma chronique, p. 968.
- HAJEK. Les indications des différents modes de traitement et des procédés opératoires dans les sinusites, p. 79.
- HAJEK. Contribution aux blessures du cou par des instruments piquants et tranchants, à la suite de suicide, p. 124.
- HAJEK. Difficulté du diagnostic entre syphilis et cancer ablation totale du larynx et de la langue. Guérison, p. 985.
- HAJEK. Les formes cliniques atypiques des épithéliomas laryngés, p. 753.
- HAJEK. Médiastinotomie exploratrice dans un but diagnostic, p. 985.
- HAJEK. L'évolution de nos connaissances sur les polypes du nez, p. 986.
- HAJEK. Mucocèle fronto-ethmoïdale. Opération endonasale. Guérison, p. 999.
- HALLE. Les opérations sur les sinus, p. 78.
- HALLE. Lésions optiques après opération sur le nez et l'orbite, p. 457.
- HALPHEN. *Thrombo-phlébite du sinus caverneux consécutive à une otorrhée chronique réchauffée*, p. 167.
- HALPHEN (et RAOUL). *Polype kystique géant intrasinusal*, p. 445.
- HALPHEN (JOUSSEAU et WISNER). *Volumineux abcès frontal médian par extériorisation d'une sinusite frontale gauche chez une fillette de 14 ans*, p. 638.
- HALPHEN (RAOUL). *Polype kystique géant intrasinusal*, p. 692.
- HALPHEN. *De la névralgie du larynx supérieur comme complication de l'épidémie actuelle de grippe*, p. 914.
- HALPHEN (et AUBIN). *Traitement de l'ictus laryngé par l'alcoolisation du larynx supérieur*, p. 926.
- HALPHEN (et AUBIN). *Traitement de l'ictus laryngé par l'alcoolisation du larynx supérieur*, p. 1081.
- HALPHEN. Hémisudation frontale avec rhinorrhée du même côté, p. 1082.
- HANDLUY (et MECKER). L'anesthésie locale dans les opérations cervicales, p. 1109.
- HANSZEL. Cysto-papillome de l'amygdale, p. 203.
- HANSZEL. La rhinite vaso-motrice, p. 479.
- HARBITZ (et UCHERMANN). Dépôts amyloïdes en forme de tumeur dans le larynx, p. 243.
- HARBOC. Corps étranger de la trachée, p. 61.
- HARBOC. Deux cas de zigomatico-mastoidite chez deux enfants, p. 61.
- HARBOC. Deux cas de fibrome du pharynx, p. 61.



- HAREN (et MEYER). Relation d'un cas de névrite optique rétrobulbaire unilatérale, p. 697.
- HAREN (et MASSELIN). Névrite rétrobulbaire aiguë unilatérale ; curettage des cellules ethmoidales. Guérison, p. 698.
- HARKAVY. L'asthme bronchique, p. 497.
- HARPER. Fibrome rétro-nasal sous-muqueux, p. 857.
- HARPER. Un cas d'abcès du lobe temporal, p. 858.
- HARPER. Deux cas de guérison d'abcès cérébelleux, p. 858.
- HARPER. Tuméfaction de la corde vocale droite et de la région sous-glottique correspondante, p. 858.
- HARPER. Kyste dermoïde de l'amygdale, p. 858.
- HARRISON. Un cas de mucocèle du sinus frontal, p. 483.
- HARTMANN KEPPEL. Cancer de la langue ayant envahi le plancher de la bouche et la lèvre inférieure sans adénopathie, p. 745.
- HARTOG. Hémiplegie après insufflation d'air dans le sinus frontal, p. 456.
- HARTRIDGE. Interprétation de l'oreille comme appareil de perception de la profondeur de la mer, p. 330.
- HÄSSLINGER. Appareil autostatique pour laryngoscopie directe, p. 77.
- HÄSSLINGER. Corps étranger des voies aériennes supérieures, p. 86.
- HÄSSLINGER. Formation membraneuse du larynx. Nouvelle méthode de traitement, p. 711.
- HASSAN SHAHEEN BEY. Remarques sur les fibromes naso-pharyngés, p. 1134.
- HAUTANT (et J. DURAND). Papillome des fosses nasales. Radiothérapie. Guérison, p. 1091.
- HAYDEN. La 5<sup>e</sup> année de médecine et l'oto-laryngologie dans les hôpitaux généraux, p. 58.
- HECHT. Corps étranger séjournant dans l'œsophage depuis deux ans, p. 984.
- HEGENER (et LEICHSENRING). La paralysie récurrentielle et la loi de Semon-Rosenbach, p. 1210.
- HEINDL. Gomme étendue du pharynx de l'amygdale gauche et de la langue, guérie par le trépol, p. 85.
- HEINDL. Cancer de la base de la langue opéré. Métastases ganglionnaires, ayant rétrocedé par la radiothérapie, p. 711.
- HELLMANN. Surdité labyrinthique chronique progressive et vertige de Ménière, p. 82.
- HELSMOORTEL. Les mastoidites et leurs complications, p. 1199.
- HELSMOORTEL. Goitrectomie et incontinence nocturne d'urine, p. 1212.
- HEMPSTEAD. Mastoïdite sans participation de l'oreille moyenne, p. 347.
- HENINS. Absès du cerveau d'origine otique, survenant après la guérison de la suppuration de la cuisse, p. 352.
- HENINS (et SCHOUSBOE). Recherches sur les résultats de l'évidement pétro-mastoïdien, p. 868.
- HENNEBERT. Un cas d'imperforation choanale congénitale, p. 589.
- HERLINGER. Tumeur du rebord orbitaire supérieur gauche, p. 203.
- HERLITZKA. Physiologie et aviation, p. 634.
- HEYNINX. Epithélioma perlé de la pointe de la langue, enlevé par le cautère froid, p. 933.
- HEYNINX. Un cas de fistules parotidiennes cong nitaires bilatérales, p. 933.
- HEYNINX. Démonstration  sophagoscopique d'un cas d'épithélioma de l'œsophage, p. 935.
- HEYNINX. Fistule congénitale externe du cou, associée à un chondrome de la base cervicale du même côté, p. 936.
- HEYNINX. Ostéopériostite de l'angle du maxillaire inférieur, p. 937.
- HEYNINX. O ite staphylococcique latente avec méningite staphylococcique, p. 938.
- HEYNINX. Présentation de la poche d'un kyste dermoïde opéré et se trouvant sur le trajet du canal thyro-glosse, p. 939.
- HEYNINX. Un cas de guérison de p rih popharyngite et de p ric sophagite cervicale, p. 940.
- HICGUET. Un cas d'open-bite, p. 933.
- HICGUET. Ma pratique de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, p. 934.
- HICGUET. Fermeture immédiate de la plaie rétro-auriculaire d'une antrotomie avec guérison en quinze jours, p. 938.
- HICGUET. Pièce de monnaie extraite de l'œsophage d'une jeune enfant, au moyen de l'œsophagoscope de Brunings, p. 941.

- HILL (William). De la butyne comme anesthésique local dans les interventions sur le nez et la gorge, p. 621.
- HIRSCH (O.). La production des polypes, p. 80.
- HIRSCH. Un cas d'absence congénitale unilatérale du labyrinthe chez le poulet, p. 852.
- HIRCH. La tutocaine dans l'anesthésie des muqueuses, p. 1194.
- HOFER. La section du nerf déprimeur dans l'angine de poitrine, p. 77.
- HOFER. Trachéo-malacie bilatérale totale. Strumectomie et trachéopexie, p. 86.
- HOFER. Douleur spontanée et à la pression de la mastoïde d'origine hystérique. Guérison par la trépanation, p. 201.
- HOFER. Cancer de la pyramide nasale et de l'orbite. Opération. Méningite. Guérison par la vaccination staphylococcique, p. 202.
- HOFER. Trachéomolaire, p. 711.
- HOFER. Mucocèle du sinus frontal, p. 711.
- HOFMANN. Parésie faciale dans l'otite aiguë, p. 201.
- HOFMANN. Contribution à l'anatomie de la surdi-mutité, p. 351.
- HOFFMANN. Abscès cérébelleux, p. 964.
- HOFFMANN. Méningite suppurée à forme foudroyante, p. 964.
- HOLINGER. Mastoïdite de Bézold, p. 955.
- HOLMGREN. Opération sur l'os temporal à l'aide de la loupe et du microscope, p. 461.
- HOLMGREN. Quelques expériences de chirurgie de l'otosclérose, p. 629.
- HORAK. Contribution à la physiologie des amygdales, p. 977.
- HORAK. L'anesthésie économique des muqueuses, p. 977.
- HORNICEK. Hémangio-endothéliome malin du lobule du pavillon, p. 64.
- HORNICEK. Lymphosarcome du larynx et du pharynx, p. 68.
- HORNICEK. Papillome uniforme sessile au niveau du bord postérieur de l'orifice du conduit auditif externe chez une femme de 22 ans, p. 68.
- HORNICEK. La réaction d'oxydase dans les amygdales, p. 978.
- HOWARTH (Walter). Ventriculo cordectomie pour paralysie double des abducteurs, p. 70.
- HOWART (Walter). Laryngostomie dans un cas de sténose complète sous-glottique, p. 70.
- HOWARTH (W.). Laryngectomie totale pour cancer laryngé, p. 70.
- HOWARTH (W.). Ulcère tuberculeux du dos de la langue, p. 71.
- HOWARTH (W.). Lupus étendu du palais : pharynx et larynx, p. 71.
- HOWARTH (W.-G.). L'opération radicale de la sinusite frontale, p. 108.
- HOWARTH (W.-G.). Un cas de mucocèle du sinus frontal causé par un volumineux ostéome, p. 999.
- HOWIE. Un cas d'épithélioma de la langue traité par la diathermie, p. 860.
- HUDE (et CHATELIER). *Un cas grave de stomatite bismuthique diffuse*, p. 809.
- HUG. Les goîtres intertrachéaux, p. 53.
- HUGEL. Un cas de granulosis rubia nasi, p. 1127.
- HUIZINGA. Hémorragie après amygdalectomie traitée par la transfusion sanguine, p. 456.
- HUNTER. Un cas de granulome inguinal associé à des lésions des lèvres, du pharynx et du larynx, p. 1186.
- HURST (W.). Trombose des sinus cérébraux consécutive à une pneumonie chez un adulte, p. 96.
- HUSIK (DAVID). Opération radicale pour adénocarcinome de l'ethmoïde, de l'antre et cornet moyen. Pas de récidence après trois ans, p. 715.
- HUTTER. Tumeur de la langue : lipome, p. 85.
- HUTTER. Hydrorrhée nasale, p. 202.
- HUTTER. Lipome de la langue, p. 202.
- HUTTER. Traitement de l'ozène par des vaccins antiozéniques polyvalents, p. 997.
- IMBERT. Note sur les greffes osseuses : le rôle du greffon, p. 1016.
- INHOEFER. Nodules des chanteurs et phonasthénie, p. 83.
- IVANISSEVICH. Nouvelle méthode de rhinoplastie, p. 1127.
- IVY (ROBERT). Intervention radicale sur le sinus maxillaire et lésions dentaires consécutives, p. 881.
- JACKSON (CH.). Quatre épingles de sûreté ouvertes dans l'œsophage, p. 244.
- JACOB (et GENET). Névrites optiques et sinusites postérieures aiguës, p. 485.
- JACOB (et AURAND). Œdème maculaire avec mydriase et paralysie accommodative consécutive à une sinusite ethmoïdo-sphénoïdale catarrhale aiguë, p. 486.

- JACOD (et LANNOIS). Contribution à l'étude des méningites suppurées à rémissions, p. 1201.
- JACQUES. Sarcome globo-cellulaire du pharynx, récive dans les ganglions. Traitement comparé par la résection et la radiumthérapie, p. 1210.
- JEFFERSON FAULDER. Un cas d'ulcération du pharynx, p. 72.
- JEFFERSON. De la ventriculographie, p. 361.
- JANUSCHKOWSKY. Kyste dentaire, p. 198.
- JANUSCHKOWSKY (et LUKASCHKIN). Corps étranger de la bronche droite, p. 200.
- JANUSCHOWAKY (et UNDRITZ). Fibrome de la base du crâne, p. 200.
- JANUSCHKOWSKY. Corps étranger enlevé avec le bronchoscope, p. 198.
- JAPIOT (GAREL). Présentation de clichés radiographiques, p. 489.
- JAQUET. Un cas d'extraction d'une balle de revolver logée dans la base du crâne, p. 930.
- JAQUET. Abscès extra-dural rétro-auriculaire, p. 938.
- JELANSKY. Kyste cervical branchial, p. 198.
- JENKINS (G.-J.). Comparaison pathologique et clinique de l'otosclérose et de l'ostéite déformante, p. 74.
- JENKINS. Ostéite déformante et otosclérose, p. 97.
- JENKINS. Atteinte cérébelleuse sans manifestation clinique dans un cas de thrombose du sinus latéral, p. 948.
- JEWELL. Ulcération de la corde vocale gauche, épithélioma, p. 1096.
- JINDRA. Vaccinothérapie en otolaryngologie, p. 978.
- JOBSON. Mastoïdite, abcès périsinusal méningite pneumococcique, guérison, p. 947.
- JOBSON. Mastoïdite avec abcès périsinusal bilatéral, et abcès cérébelleux gauche; stérilisation de l'abcès par ionisation zinc, p. 9.8.
- JOBSON. Abscès cérébral, p. 971.
- JOBSON (et SHEAF). Dilatation de l'œsophage par cardiospasme. Guérison à la sonde de mercure, p. 1095.
- JODASSVA. Ostéomyélite du crâne au cours d'une sinusite frontale chronique, p. 978.
- JOHNSON (FR.) (et DOUGLAS QUICK). Traitement radiumthérapique des tumeurs de la parotide, p. 247.
- JOHNSON. La radiumthérapie du cancer du sinus maxillaire, p. 1129.
- JONES (F.-A.). Quelques observations cliniques de l'amygdale linguale, p. 239.
- JONES (ARNOLD). Quelques considérations cliniques sur l'amygdale linguale, p. 331.
- JONES (ARNOLD). Un cas d'hémangiome de la corde vocale droite, p. 375.
- JONET. Evidement pétro-mastoïdien partiel sans plastique, p. 704.
- JOST. Trouble tardif de la vision après traumatisme cranien, p. 1101.
- JOUSSEAUME. *Pyodermite à forme pustuleuse limitée à une région mastoïdienne, ayant apparu à la suite d'une otite moyenne purulente aiguë*, p. 447.
- JOUSSEAUME (et WISNER). Sinusite frontale à extériorisation lointaine et volumineux abcès frontal médian chez une fillette de 14 ans, p. 600.
- JOUSSEAUME HALPHEN et WISNER. *Volumineux abcès frontal médian par extériorisation d'une sinusite frontale gauche chez une fillette de 14 ans* p. 638.
- JUNON. De la valeur pratique de la diaphanoscopie dans les sinusites maxillaires, p. 57.
- JUST. Abscès cérébral otogène sans symptômes cliniques, p. 327.
- JUST. Ablation d'un séquestre de l'orifice tubaire pendant un évidement pétro-mastoïdien, p. 329.
- JUST. Un cas de glio-épendynome du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule, pris pour un abcès cérébelleux dans une otite moyenne chronique bilatérale suppurative, p. 329.
- JUVIN (NICOLAS, GATÉ, BARBIER). Lymphangiome de la langue, p. 371.
- KAHN. Les opérations nasales dans l'asthme bronchique, p. 735.
- KAHN. La radiothérapie comme traitement adjuvant de la surdité partielle, p. 1074.
- KALTENBACH. Ce qu'on dit du traitement du vertige en 1703. Contribution à l'histoire de la médecine, p. 702.
- KAN. Eclat de verre dans le larynx d'un enfant d'un an, p. 456.
- KAN. Ethmoïdite suppurée avec phlegmon orbitaire, p. 456.

- KAN. Inoculation vaccinale accidentelle du pavillon et du conduit auditif externe, p. 456.
- KANDER. Nouvelles recherches sur la radiothérapie de la tuberculose laryngée, p. 851.
- KARLEFORS. Post-réactions vestibulaires et particulièrement la post-réaction calorique, p. 353.
- KARLEFORS. Les espaces méningés du cervelet, les communications du IV<sup>e</sup> ventricule sur les espaces sous-arachnoïdaux, l'aqueduc du limaçon chez l'homme, p. 989.
- KAUFFMANN (CREEKMUR et SCHULTZ). Les modifications du temporal dans le rachitisme expérimental. Relation avec l'otosclérose, p. 97.
- KAYSER (BARRÉ et LAMPERT). Traumatisme orbitaire. Hémorragie méningée tardive fébrile, p. 696.
- KAYSER (et BARRÉ). Étude neuro-ophtalmologique d'un cas de tumeur du sinus longitudinal supérieur, p. 1102.
- KEIFFER. La diphtérie primitive de l'oreille moyenne, p. 1115.
- KELSON. Coupes d'un ganglion cervical d'un homme atteint de laryngite chronique, p. 1096.
- KENYON. Voix défectueuse, p. 57.
- KIMURA. Contribution à l'étude expérimentale des lésions de l'oreille par excitation sonore, p. 994.
- KISSMANNA. Déhiscence des os propres du nez par les polypes bénins, p. 1192.
- KISTNER (et SELLING). Les épreuves labyrinthiques dans le diagnostic des affections cérébelleuses, p. 220.
- KLADUYCH. Polype choanal, p. 200.
- KLEIJN (DE). La physiologie expérimentale du labyrinthe, p. 330.
- KLEIJN (DE). La physiologie expérimentale du labyrinthe, p. 333.
- KLEIJN (DE) (et VERSTEEGH). Quelques remarques expérimentales sur la maladie de Ménière, p. 872.
- KLEIJN (DE) (et VERSTEEGH). Crises de vertige et nystagmus suivant une position déterminée de la tête, p. 873.
- KLEIJN (DE) et VERSTEEGH. Méthode pour déterminer les positions compensatrices de l'œil chez l'homme, p. 874.
- KLEIJN (DE) et LUND. La production du nystagmus calorique chez le cobaye, p. 874.
- KLESTADT. A propos des contractions de l'œsophage, p. 83.
- KLESTADT. A propos de l'origine épithéliale des endothéliomes des voies respiratoires supérieures, p. 1205.
- KNICK. Radiodiagnostic des affections sphénoïdales, p. 79.
- KOBRAK. Les types normaux et pathologiques de la réaction vestibulaire dans les affections organiques et inorganiques du nerf auditif, p. 417.
- KOCHMANN. Les bases théoriques de l'anesthésie locale, p. 1194.
- KÖNIG. Effets produits sur les tissus par l'administration d'iode de potassium et l'application locale et simultanée de poudre de calomel. Étude expérimentale, p. 196.
- KOMPAJNETZ. L'influence de l'assourdissement artificiel d'une oreille sur le pouvoir auditif de l'autre oreille, p. 216.
- KOMPANEJETZ. Un signe rhinologique du scorbut, p. 481.
- KOMPANEJETZ. Cas d'un kyste du lobe médian du cervelet avec conservation de la réaction typique de la chute, p. 995.
- KOUTSORODIS. Hémoptysie par sangsue, p. 494.
- KOUTSORODIS. Deux cas d'abcès pérिमastoldiens avec guérison sans trépanation, p. 626.
- KRAGH. Sur la réaction vestibulaire du tronc humain, mesurée pendant la rotation, p. 874.
- KRAINZ. Le revêtement des cellules mastoïdiennes, p. 83.
- KRAINZ. Le revêtement des cellules mastoïdiennes, p. 989.
- KRANTZ (P.-W.) (et POHLMANN). Les effets des changements de pression dans le conduit auditif externe sur l'acuité auditive, p. 216.
- KRASSNIG. Les troubles fonctionnels dans la syphilis du cochléaire, p. 81.
- KREIDL (et GATSCHER). Analyse de quelques manifestations postrotatoires, p. 353.
- KRIVY. Polynévrite cérébrale méniérisiforme à la suite de l'avortement, p. 357.
- KRIVY (et WISKOVSKY). Séméiologie de la paralysie unilatérale des IX, X, XI nerfs crâniens d'origine périphérique p. 359.



- KRYSER (et FREY). Radiothérapie de l'otosclérose, p. 82.
- KUCZYNSKI (et ANTHON). Recherches étiologiques et anatomiques sur l'amygdalite, p. 76.
- KULIKOWSKY. A propos d'une tumeur maligne, p. 198.
- KULIKOWSKI. Cancer pharyngo-œsophagien, p. 200.
- KUMMEL. L'amygdalite chronique : considérations cliniques, p. 75.
- KUMMEL (W.). Suppurations circonscrites de la mastoïde, p. 93.
- KUMMEL. Le traitement opératoire de la labyrinthe et ses modifications, p. 1191.
- KUTEPOW. Plastique par double lambeau pour la fermeture des ouvertures rétroauriculaires après évidemment pétro-mastoïdien, p. 198.
- KUTEOFF. Tumeur de l'hypophyse, p. 200.
- KUTVIRT. Otologie T. II, p. 726.
- KUTVIRT. Les paralysies des muscles de l'œil au cours de l'otite moyenne, p. 976.
- KUTVIRT. Kyste hypophysaire opéré d'après Cushing, p. 983.
- KUTVIRT. Tumeur de l'acoustique opérée par la voie translabyrinthique, p. 983.
- LABERNADIE (et DALCHÉ). Les rapports de l'oreille avec l'appareil génital de la femme et les endocrines, p. 357.
- LACAPÈRE. Traitement de l'eczéma par l'ionoïde d'arsenic, p. 728.
- LACAPÈRE. Sur les injections bismuthées solubles, p. 1106.
- LAEMMER (et TARNEAUD). Des névropathies de cause rhino-pharyngée, p. 741.
- LAMBERT. Les complications oculaires des sinusites de la face, p. 880.
- LAMPERT (BARRÉ et KAYSER). Traumatisme orbitaire. Hémorragie méningée tardive fébrile, p. 696.
- LANGE. Les réopérations sur le sinus frontal, p. 80.
- LANGE. Les limites opératoires des néoplasmes du cou, p. 755.
- LANNOIS et GAILLIARD. Elimination spontanée par le conduit d'un séquestre du limaçon. Radiographie du rocher, p. 596.
- LANNOIS (et JACOD). Contribution à l'étude des méningites suppurées à rémissions, p. 1201.
- LANOS (et BOURGEOIS). Néoplasme de la région prévertébrale, p. 1088.
- LAPOUGE. Contribution à l'étude de syndrome de Gradenigo, p. 595.
- LASAGNA. Les lésions cérébelleuses cliniques et expérimentales, p. 95.
- LAURENS. Chirurgie de l'oreille, du nez du pharynx et du larynx, p. 1112.
- LAURENTIES (ANDRY et LYON). Sur une labyrinthe hérédito-syphilitique de la deuxième génération, p. 871.
- LAURIAN-SEGALL. Un cas d'ostéomyélite du maxillaire supérieur, avec nécrose de sa paroi nasale et séquestration totale du cornet inférieur, p. 843.
- LAUTENSCHLAGER. L'hémostase après les opérations sur l'amygdale, p. 235.
- LAUTMANN. Furoncle de la lèvre supérieure et vaccinothérapie, p. 1135.
- LAVRAND. Otite moyenne aiguë avec abcès sous-mastoïdien sans mastoïdite, p. 92.
- LAVRAND. Traitement de la dysphagie laryngée par les instillations nasales, p. 1140.
- LAVRAND. Transillumination du massif facial dans l'ethmoïdite et l'ozène, p. 1203.
- LAYTON. Un cas de méningite guéri sans drainage translabyrinthique, p. 708.
- LAYTON. Mastoïdectomie sous anesthésie locale chez un diabétique, p. 947.
- LEBENSOHN. Atrésie congénitale des choanes, p. 866.
- LEBENSOHN. Atrésie congénitale des choanes, p. 876.
- LEDL. Contribution au traitement des méningites suppurées, p. 979.
- LEDL. A propos du traitement du sclérome, p. 981.
- LEEGARD. Syndrome de Gradenigo, p. 61.
- LEEGARD. Thrombo-phlébite du sinus sigmoïde, p. 61.
- LEEGARD. Pyémie otogène sans thrombo-phlébite, p. 61.
- LEEGARD. La surdité des écoliers, p. 98.
- LEFEBVRE (et TOURNEUX). Kyste amygdaloïde à épithélium prismatique cilié, p. 892.
- LEGRAIN (et LORTAT-JACOB). Ostéosarcomes multiples du crâne et du maxillaire, p. 1128.
- LEGRAND. Traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée par les vaporisations d'eau de chaux, p. 753.
- LEICHER. La désinfection chimique d'une plaie ouverte d'entrotomie a-t-elle raison d'être, p. 82.

- LEICHSENRIK (et HEGENER). La paralysie récurrentielle et la loi de Semon<sup>24</sup> Rosenbach, p. 1210.
- LEIDLER. Absès du lobe temporel d'origine otique, et méningite, p. 60.
- LEIDLER. Labyrinthite subaiguë avec vertige et température persistant longtemps après la trépanation labyrinthique, p. 914.
- LEIDLER. Otite à *Streptococcus mucosus*. Séquestre labyrinthique, p. 1194.
- LEIGHTON. Organothérapie dans les maladies de l'O.-R.-L., p. 622.
- LEIPEN. Hérisangiole de l'épipharynx, p. 85.
- LEITCH. Tuberculome associé à une déviation de la cloison nasale, p. 861.
- LEITCH. Un cas d'otite aiguë moyenne bilatérale associée à un gros abcès du lobe frontal droit, p. 869.
- LEITCH. Un cas d'otite moyenne aiguë bilatérale associée d'un gros abcès du lobe frontal droit, p. 950.
- LEMAITRE (ROUGET et RUPPE). Un cas de léontiasis ossea, p. 691.
- LEMAITRE (ROUGET et RUPPE). *Un cas de léontiasis ossea*, p. 903.
- LE MÉE. Diagnostic et fréquence de l'otite latente chez le nourrisson et chez l'enfant, p. 961.
- LÉPINE (et SÉDALLIAN). Paralysie diphtérique à localisation rare, p. 490.
- LÉPINE (MOURIQUAND et RAVAUT). Zona ophtalmique et éruption du type varicelleux simultanés chez un enfant, p. 504.
- LERICHE et WERTHEIMER. Sur l'abord des tumeurs de la région du chiasma obtenue par voie intra-durale, p. 360.
- LEROUX (et GRIVOT). Résection de sténose trachéale ancienne par port prolongé de canule, p. 693.
- LEROUX (LOUIS) (et BOURGEOIS). Papillomes/récidivants du larynx chez un jeune garçon. Echec des traitements classiques. — Guérison par diathermie, p. 1084.
- LEROUX (ROBERT). Formes cliniques des mastoïdites aiguës, p. 348.
- LEROUX (R). Les hydropyrhées nasales, p. 362.
- LEROUX (et CORNIL). Epithélioma sébacé, p. 764.
- LESOURD. *L'héliothérapie dans la tuberculose laryngée*, p. 663.
- LEVESQUE (et TENIER). De l'importance de l'examen radioscopique des poumons dans les corps étrangers des bronches, p. 1211.
- LÉVY-BRUHL (et LION G.). *Septico-pyohémie à bacillus proteus d'origine otitique*, p. 637.
- LIBINSON, Le traitement chirurgical de l'ozène, p. 998.
- LIÉBAULT. Névralgie post-opératoire du ganglion sphéno-palatine, p. 197.
- LIÉBAULT. Coryza atrophique et sinusite sphénoïdale, p. 591.
- LIÉBAULT. Evidement péto-mastoidien pausé à l'ambrine, p. 705.
- LIÉBAULT. Rétrécissement traumatique du larynx. Laryngostomie, dilatation, p. 862.
- LIÉBAULT (et MOURE). Evidement péto-mastoidien bilatéral dont l'un pour otite cicatricielle adhésive. Amélioration de l'audition, p. 946.
- LIÉBAULT (MOURE et CANUYT). Technique chirurgicale, O.-R.-L., p. 1113.
- LILLIE. La névralgie du glossopharyngien du point de vue du rhinologiste, p. 1070.
- LINCK. Sarcome pédiculé de l'amygdale, p. 76.
- LINCK. Un cas de rhinosclérome des voies aériennes supérieures, p. 77.
- LINDMANN. Neurolabyrinthite chez un homme atteint de syphilis, 61.
- LION (G.) et LÉVY-BRUHL. *Septico-pyohémie à bacillus proteus d'origine otitique*, p. 637.
- LIPSKEROFF (et NATANSON). La perforation de la cloison nasale, chez les priseurs de cocaïne, p. 1203.
- LITHGOW. Deux cas d'abcès cérébral chez des fillettes de 13 et 15 ans, opérés et suivis de guérison, p. 338.
- LOFTUS. Un cas de rhinorrhée céphalo-rachidienne, p. 716.
- LOGAN TURNER. — Métastase laryngée d'un épiphrome du sein droit, p. 888.
- LOGAN TURNER. Les relations des troubles visuels avec les afflutions des cavités nasales, notamment les sinusites postérieures, p. 1133.
- LONG. Bec de lièvre et division congénitale du palais, p. 58.
- LONG (C.-H.). Obstruction nasale ayant affecté l'état mental du malade, p. 865.
- LOOBELL. Recherches expérimentales sur les modes d'application de la cocaïne sur les muqueuses, p. 1194.
- LOOPER. Infection des sinus paranasaux chez l'enfant, p. 231.

- LORTAT-JACOB (et LEGRAIN). Ostéosarcomes multiples du crâne et du maxillaire p 1128.
- LOUBAT (et GOT.) Cardio-spasme de l'œsophage. Gastrotomie d'urgence. Dilatation. Guérison, p. 379.
- LOW (St). De la succion dans le traitement des otites, p. 92.
- LOWRY. Fistulation d'un empyème du sinus frontal, p. 857.
- LOWRY. Hypertrophie amygdalienne associée à un œvus vasculaire du palais, p. 857.
- LUC. Examen critique des méthodes d'ouverture des autres maxillaires et frontaux par voie endo-nasale, p. 221.
- LUKASCHIN. Rhino-sclérome, p. 200.
- LUKASCHIN (et JANUSCHKOWSKI). Corps étranger de la bronche droite, p. 200.
- LUND. Remarques sur l'opération radicale conservatrice spécialement en ce qui concerne la dernière méthode de Barany, p. 722.
- LUND (et DE KLEYN). La production du nystagmus calorique chez le cobaye, p. 874.
- LUND. Considérations sur l'opération radicale conservatrice avec les indications sur la dernière méthode de Barany, p. 1120.
- LUST. Kyste dentifère double aux maxillaires supérieurs. Radiographie, p. 588.
- LYON (ANDRY, LAURENTIES). Sur une labyrinthite hérédosyphilitique de deuxième génération, p. 871.
- LYONS (H.-R.). Otite moyenne à la suite d'opérations sur le ganglion de Gasser, p. 212.
- MAC CONNEL. De la ventriculographie dans la localisation des tumeurs intracranienues, p. 360.
- MAC GIBBON. Absence de sinus frontal chez une femme, p. 483.
- MACKENSIE. Diagnostic différentiel entre la labyrinthite syphilitique tardive et la neuro-labyrinthite syphilitique, p. 60.
- MACKENZIE (A.-R.) (et WELLS (E.-D.)). Sarcome de l'ethmoïde, p. 109.
- MACKENZIE. La différenciation de la neuro-labyrinthite syphilitique et de la labyrinthite syphilitique tardive, p. 217.
- MACKENTY. Le traitement chirurgical du cancer du larynx, p. 755.
- MACKENTY. A propos du cancer du larynx, p. 1063.
- MACLAY. Remarques sur un cas de phlegmon du cou et abcès de la paroi thoracique consécutifs à la recherche d'une arête de poisson par voie endoscopique, p. 250.
- MACLAY. Cancer du toit du cavum avec métastase dans l'espace carotidien, p. 339.
- MACLAY. Remarques sur un cas de phlegmon du cou et abcès de la paroi thoracique après recherche d'une arête de poisson par voie endoscopique, p. 340.
- MAFFEO (LUIGI). L'exploration de la fonction hypophysaire chez les adénoïdiens, p. 488.
- MAHU (et VINCENT). Un cas de streptococcie d'origine otique. Mastoïdite. Thrombo-phlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire. Surrénalité. Phlegmon périnéphrétique. Guérison, p. 863.
- MAICANESCU. Sténose œsophagienne, p. 609.
- MAIESPINE. Audition colorée et synesthésies chez les aveugles, p. 467.
- MALLET (et PSAUME). La curiethérapie de surface par les appareils moulés. Son application aux cancers buccaux et cervico-faciaux. Travail du service de curiethérapie de l'hôpital Tenon, p. 785.
- MANASSE. Anatomie pathologique des sinusites, p. 77.
- MANASSE. Anatomie pathologique des labyrinthites inflammatoires et de la tuberculose labyrinthique, p. 1189.
- MANGABEIRA ALBERNAZ. La thérapeutique de l'angine de Vincent, p. 117.
- MANGONI. Les tumeurs malignes des cavités accessoires, p. 1206.
- MANTCHIK. L'hémorragie mortelle artérielle dans le cancer, p. 186.
- MARBAIX. A propos de la dacryocystomie de Dupuy-Dutenips et Bourguet, p. 590.
- MARBAIX. Faut-il comme Sargnon renoncer aux pharyngo-laryngectomies pour cancer au profit du radium et des rayons X?, p. 960.
- MARINESCO (et DRAGANESCO). Un cas de tumeur mixte à l'angle ponto-cérébelleux et du ganglion de Gasser, p. 731.
- MARSCHIK. Deux cas d'opération sur les sinus frontaux, p. 202.
- MARSCHIK. Sténose laryngée post-diphthéritique. Dilatation progressive et laryngostomie, p. 202.

- MARSHIK. Angiofibrome du naso-pharynx. Opération par voie externe. Mise à nu de la base du crâne. Début de récidence, p. 460.
- MARTERET, CANTONNET, BALDENWECK. Plurisinusite suppurée aiguë. Œdème de la pupille avec congestion péripapillaire. Opération de Segura-Hirsch. Pas de lésion perceptible du sinus sphénoïdal. Guérison, p. 880.
- MARTIN (et TURNER). Un cas d'abcès cérébral, p. 338.
- MARTIN (E.). Trois cas de tuberculose nasale, p. 340.
- MARTIN (E.). Un cas de rhabdomyome de la face postérieure du voile, p. 340.
- MARTIN (et DECHAUME). Des lésions vasculaires par la curiethérapie, p. 1106.
- MARTIN (Ewart) (et ALEXANDER). Un cas de rhabdomyosarcome du voile, p. 1135.
- MARTUSCELLI (et ABBATE). Importance des sinusites dans le développement des tumeurs nasales, p. 482.
- MARX. Contribution à la symptomatologie de l'abcès extra-dural, p. 465.
- MARX. Le diagnostic des affections labyrinthiques, p. 1190.
- MASINI. Sur l'ossification du ligament stylo-hyoïdien, p. 252.
- MASSÉLIN (et HAREN). Névrite rétrobulbaire aiguë unilatérale; curettage des cellules ethmoïdales, guérison, p. 698.
- MASSIAS (NICOLAS et DUPASQUIER). La syphilis tertiaire du bourgeon incisif, p. 502.
- MATHIEU (et GAMALEIA). A propos de 3 cas de thrombophlébite des sinus caverneux, complication d'accidents dentaires et particulièrement de la dent de sagesse, p. 883.
- MAYER. Traitement des surdités labyrinthiques par la panitrine, p. 54.
- MAYER (O.). Constatactions histologiques dans l'amygdalite chronique, p. 76.
- MAYER (O.). Nouvelles recherches sur l'otosclérose, p. 82.
- MAYER (O.). Nouvelle incision dans la laryngectomie totale, p. 83.
- MAYER (O.). L'otosclérose expérimentale de Wilmaack, p. 967.
- MAYER (O.). Exostoses et hyperostoses de la face postérieure du rocher, p. 967.
- MAYERSOHN. Un cas d'occlusion congénitale cutanéomembraneuse des orifices antérieurs des fosses nasales, p. 608.
- MAYERSOHN. Cancer du larynx traité par radiumpuncture, p. 610.
- MAYERSOHN. L'O.-R.-L. dans les écoles, p. 614.
- MAYERSOHN. Corps étranger (aiguille et son fil) laryngo-œsophagien, p. 615.
- MAYERSOHN. Aphonie hystérique, p. 615.
- MAYERSOHN. Ganglions trachéo-bronchiques et hémage persistant, p. 718.
- MAYERSOHN. Polypose nasale récidivante, p. 844.
- MAYERSOHN. Un cas rare d'otite moyenne double aiguë, coexistant avec un double abcès périostique de la mastoïde, p. 1076.
- MECKEER (et HANDLUY). L'anesthésie locale dans les opérations cervicales, p. 1109.
- MEIJES. L'air chaud dans les surdités consécutives aux otites aiguës et dans les processus inflammatoires des voies respiratoires supérieures, p. 454.
- MELLINGER. Otite moyenne diphtérique, p. 462.
- MENDAL. Présentation de planches colorées montrant les modifications pathologiques de la membrane tympanique, p. 717.
- MENGEL. Les lésions professionnelles de la muqueuse des voies respiratoires supérieures chez les ouvriers travaillant dans les poussières, p. 1192.
- MENZEL. Préparations histologiques d'une atrésie choanale congénitale, p. 86.
- MENZEL. Sinusite aiguë fétide avec nécrose circonscrite de la muqueuse, p. 86.
- MENZEL. Préparations histologiques d'un diaphragme trachéal, p. 86.
- MÉRÉLLI. Les mastoïdites aiguës sans perforation du tympan, p. 625.
- MÉRÉLLI. La mastoïde aiguë sans perforation de la membrane tympanique, p. 867.
- MERER. Hémorragie secondaire consécutive à une mastoïdite aiguë, p. 991.
- METIANU. Radiothérapie et radiumthérapie en O.-R.-L., p. 831.
- METZGER (et BARRÉ). Etude des réactions vestibulaires au cours du coma, p. 1103.
- MEYER (M.). Cholestéatome de la base du cerveau, évoluant sous la forme d'une tumeur de l'hypophyse, p. 82.
- MEYER. A propos des auto-injections intratrachéales. Présentation d'un appareil, p. 242.
- MEYER. Avantages et technique des auto-injections intratrachéales, p. 587.
- MEYER (et HAREN). Relation d'un cas de névrite optique rétrobulbaire unilatérale, p. 697.



- MEYER. L'exploration radiologique des sinus accessoires de la face, p. 878.
- MEYER (M.). Structure et développement de la capsule osseuse du labyrinthe humain, p. 1189.
- M'IBRAITH (et SAINT-CLAIR THOMSON). Mucocèle frontale, p. 108.
- MICHAEL. Thrombo-phlébite ophtalmique avec complications oculaires consécutive à la carie de l'éthmoïde, p. 233.
- MICHON (et BONNET). Epithélioma de la joue traité par la radiumpuncture, p. 371.
- MICHON (et DURET). Les abcès de la langue, p. 885.
- MILIAN (et PERRIN). Maladie de Raynaud, localisée au nez et aux oreilles, de nature syphilitique, guérison rapide par le novarsénobenzol, p. 875.
- MILLIGAN (W.). Epithélioma du voile et du palais antérieur, p. 334.
- MILLIGAN (W.). Sarcome de l'amygdale gauche, p. 334.
- MILLIGAN (et B. WRIGLEY). Ostéomyélite de l'os frontal, p. 335.
- MILLIGAN (W.). Laryngo-fissure dans un cas d'épithélioma de la corde, p. 335.
- MILLIGAN (W.). Tuberculome laryngé, p. 335.
- MILLIGAN (W.). (et L. SEWELL). Tumeur tuberculeuse de la fosse nasale gauche, p. 335.
- MILLIGAN (et WRIGLEY). Sarcome du pharynx, en particulier de l'amygdale, p. 335.
- MILLIGAN (W.). Traitement chirurgical des labyrinthites suppurées et de certaines lésions non suppurées, p. 969.
- MILLIGAN. Traitement chirurgical des labyrinthites, suppurées et de certaines lésions non suppurées, p. 993.
- MILTON (J.-P.) (et WILSON J.-G.). La détermination physique de l'audibilité minima, p. 90.
- MINNIGERODE. Hypertrophie congénitale des cartilages de Wrisberg, p. 85.
- M'KINNEY. Strictures œsophagiennes à la suite de brûlures à la lessive caustique, p. 245.
- M'LEOD. Un cas d'épaississement considérable des bandes ventriculaires recouvrant les deux cordes, p. 1096.
- MØLER JØRGEN. Un cas de syndrome de Barany avec guérison sans opération, p. 721.
- MOLINIÉ. Téléloupe binoculaire, p. 623.
- MØLLER (Jorgen). Observations cliniques à propos de la valeur de la résonance nasale dans le chant, p. 1139.
- MØLLER. Exostoses multiples des sinus de la face, p. 1191.
- MOLLISON. Tuméfaction du nasopharynx avec abaissement du voile, p. 194.
- MOLLISON. Présentation d'un appareil électrique contre la surdité, p. 326.
- MOLLISON. Un cas de vertige guéri par la trépanation du canal semi-circulaire externe, p. 329.
- MOLLISON. Le traitement opératoire de l'ozène, p. 481.
- MOLLISON (W.-M.). Présentation d'un tympan laissant voir la corde du tympan, p. 972.
- MOLLON (et REBATTU). Ostéo-fibrome du rocher, p. 466.
- MONCKEBERG. Contribution à la question des sarcomes à myéloplaxes des os, p. 1015.
- MONCORGÉ. L'asthme, p. 759.
- MONDOR (et AURONSSEAU). Tumeur mixte sous-maxillaire, p. 763.
- MOORE (Irwin). A propos de la présence de tissu ostéo-cartilagineux dans les amygdales, p. 887.
- MOULONGUET. Indications et techniques de l'amygdalectomie, p. 491.
- MOULONGUET. Présentation de deux malades atteints d'adénopathies cervicales néoplasiques d'apparence primitive ; ligature bilatérale de la jugulaire interne chez l'un d'eux, p. 684.
- MOULONGUET. Présentation d'instruments (modification de la pipe de Delbet), p. 950.
- MOULONGUET. Présentation d'un malade atteint de pachydermie laryngée, p. 951.
- MOULONGUET. Tuméfaction de la joue droite, p. 1080.
- MOULONGUET. Traitement de la tuberculose laryngée par la section du nerf récurrent, p. 1087.
- MOULONGUET. Présentation d'une malade atteinte de gommes tuberculeuses de la joue, p. 1091.
- MOULONGUET. Cordite hypertrophique postérieure, p. 1092.

- MOUNIER. Les insufflations d'air chaud médicamenteux dans les voies respiratoires, p. 361.
- MOUNIER. Traitement chirurgical des névralgies faciales rebelles d'origine nasale, p. 1204.
- MOURE. Amygdalectomie et amygdalotomie, p. 491.
- MOURE. Sur un nouveau mode de drainage des abcès du cerveau, p. 729.
- MOURE (et LIÉBAULT). Evidement pétro-mastoidien bilatéral dont l'un pour otite cicatricielle adhésive. Amélioration de l'audition, p. 946.
- MOURE (LIÉBAULT et CANUYT). Technique chirurgicale O.-R.-L., p. 1113.
- MOURET. Périmastoidites exocraniennes, p. 1118.
- MOURE (et CAZEJUST). Amygdalotomie maxima et amygdalotomie haute, p. 1137.
- MOURIQUAND (RAVAULT et CHASSARD). Syndrome adipo-génital avec selle turcique normale, p. 360.
- MOURIQUAND (et DECHAUME). L'adénite sérique. Accidents de la sérothérapie antidiphtérique, p. 470.
- MOURIQUAND (et DECHAUME). Dents d'Hutchinson frustes, p. 502.
- MOURIQUAND (et BARBIER). Myxoédème par absence de corps thyroïde, p. 503.
- MOURIQUAND (LÉPINE et RAVAUULT). Zona ophtalmique et éruption du type varicellique simultanés chez une enfant, p. 504.
- MORAWITZ. Le traitement spécifique de la tuberculose, p. 1191.
- MOREL-CAHN (et DELHERM). La radiographie des tumeurs intracrâniennes, p. 733.
- MORIN (et BARRÉ). Étude neuro-oculistique des tumeurs de l'étage postérieur du crâne. Contribution au diagnostic différentiel de ces tumeurs, p. 476.
- MORIN (et BARRÉ). Paralyse d'une corde vocale et troubles vestibulaires par syringomyélie, p. 1102.
- MORRIES. Étude clinique et anatomo-pathologique sur les amygdales, p. 230.
- MOSHER. Observations anatomiques et cliniques sur l'extrémité inférieure de l'œsophage, p. 1068.
- MUECKE (et SOUTTER). Un cas de nez double, p. 453.
- MUECKE. Séquestre comprenant l'os pétreux entier, p. 949.
- MUNY. Un cas de thrombophlébite du sinus latéral. Guérison, p. 213.
- MUSGRAVE WOODMANN. Guérison d'un cas de sarcome du nez par le radium, p. 71.
- MUSSEL. Plastique secondaire dans l'atrésie post-traumatique du conduit auditif externe.
- MYGIND (Holger). La méningite collatérale otogène, p. 722.
- MYGIND. Quelques remarques sur les symptômes de la fistule, p. 872.
- NAGER. Fracture isolée de la base du crâne et méningite traumatique consécutive, p. 56.
- NASIELL. Veines de protection et grossissement sur le réflecteur binoculaire de Clar, p. 624.
- NATANSON. Les fistules salivaires consécutives aux interventions sur la mastoïde, p. 213.
- NATANSON. Les mastoïdites récidivantes et leur traitement par les injections de la vaseline jaune stérilisée, p. 1117.
- NATANSON (et LIPSKEROFF). La perforation de la cloison nasale chez les priseurs de cocaïne, p. 1203.
- NATSON (Donald) (et FRASER). A propos de 14 cas de cancers laryngés intrinsèques, p. 706.
- NÉGUS. A propos d'une fonction de la corde vocale non décrite jusqu'à présent, p. 494.
- NEPVEU. Diverticule de l'œsophage, p. 450.
- NEUMANN. Mucocèle du sinus frontal, p. 87.
- NEUMANN. Chéloïde rétroauriculaire, p. 87.
- NEUMANN. Influence de la glande hypophysaire, p. 613.
- NEUMANN. Manifestations graves du côté de l'appareil vestibulaire après scarlatine, p. 853.
- NEUMANN. Le nystagmus dans la labyrinthite séreuse, p. 853.
- NEUMANN. Otite moyenne chronique. Evidement, labyrinthite séreuse, ralentissement du pouls, p. 854.
- NEUMANN. Angiofibrome du naso-pharynx, p. 966.
- NEUMANN. Suture secondaire. Trombose sinusienne consécutive, p. 1194.
- NEUMANN. L'anesthésie locale en otologie, p. 1194.
- NEUMANN. Un cas de polype naso-pharyngien, p. 1194.
- NICOLAI. La tuberculose laryngée, p. 750.

- NICOLAS (GATÉ et DUPASQUIER). L'autohémothérapie dans la furonculose, p. 342.
- NICOLAS (GATÉ, BARBIER et JUVIN). Lymphangiome de la langue, p. 371.
- NICOLAS (MASSIAS et DUPASQUIER). La syphilis tertiaire du bourgeon incisif, p. 502.
- NICOLAS (GATÉ et DUPASQUIER). L'autohémothérapie dans la furonculose, p. 728.
- NINGER. Les déviations de la marche les yeux fermés dans les cas de troubles vestibulaires, p. 980.
- NINGER. Cas de sclérome observés à la clinique laryngologique de Brno en 1921-1928, p. 981.
- NIN Y SILVA. Métastases osseuses au cours d'un cancer latent du corps thyroïde, p. 763.
- NOGIER. Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la röntgenthérapie, p. 492.
- NOGIER. Traitement par le radium des néoplasmes de l'œsophage, p. 500.
- NOVAK. Angine syphilitique et condylomes localisés sur les bords des deux conduits auditifs et dans les vestibules du nez, p. 62.
- NOVAK. L'électrocoagulation dans le traitement des amygdales malades, p. 234.
- NYLÉN. Étude clinique du signe de la fistule et de la pseudo-fistule, p. 98.
- NYLÉN. Quelques cas de nystagmus oculaire produit par certaines positions de la tête, p. 873.
- D'ONOFRIO. La sensibilité gustative de la moitié antérieure de la langue dans les otites et les mastoïdites, p. 991.
- D'ONOFRIO. Étude anatomo-pathologique du cornet inférieur hypertrophique, p. 996.
- OHM. Trois cas de paralysie du grand oblique après opération sur le sinus frontal, p. 879.
- OLRICH. Deux cas de tuberculose de la bouche, p. 725.
- OLSSOM. Graves complications d'une sinusite frontale, p. 83.
- O'MALLEY. Evolution des cavités nasales et sinusiennes en rapport avec leurs fonctions, p. 333.
- O'MALLEY. Un cas de fibro-lipome du larynx, p. 454.
- O'MALLEY. Actinomycose et paralysie faciale simulant une mastoïdite de Bezold, p. 710.
- ÖPPIKOFER. L'amygdalectomie à la clinique universitaire de Bâle, p. 54.
- ORTSCHEIDT. Malformations du nez par cloisonnement de chaque narine, p. 876.
- OURY (et CLAUDE H.). Réactions méningées et épanchements méningés puriformes aseptiques au cours des lésions en foyer de l'encéphale, p. 214.
- PADGETT (et V.-P. BLAIR). Suppuration de la parotide et de ses canaux excréteurs, p. 247.
- PALASSE (et BADOLLE). Anévrisme de l'aorte descendante, p. 380.
- PALIARD (et DECHAUME). Cancer primitif du poumon, p. 498.
- PANAYOTATOU. Quelques mots sur l'affection diphtérique et surtout la diphtérie primitive du nez, p. 363.
- PARKER (W.-R.). Troubles visuels d'origine sinusienne, p. 233.
- PARREL (DE). Les causes du surdimutisme héréditaire, p. 597.
- PATERSON (NORMAN et CATHCART). Tuberculose du pharynx, p. 71.
- PATTERSON. De la diathermie dans les cancers de la bouche, du pharynx et du nez, p. 89.
- PATERSON. Le traitement des corps étrangers de grande dimension de la gorge, p. 377.
- PATERSON. Les résultats du traitement opératoire du cancer sont-ils meilleurs qu'il y a vingt ans? p. 623.
- PATRICK (HUGH). Signes de localisation et symptômes des abcès encéphaliques, p. 634.
- PATRICK. Signes de localisation et symptômes de l'abcès cérébral, p. 1072.
- PAUTOW. A propos de l'oblitération des sinus frontaux, p. 200.
- PEARLMANN (et GRICHTER). Le tissu lymphoïde de la loge amygdalienne avec amygdalectomie, p. 59.
- PEGG. Canine supérieure dans l'antre d'Higmore, p. 108.
- PEMBERTON. A propos de l'influence de l'infection focale; les moyens de la combattre, p. 1184.
- PENFIELD. Endothéliomes craniens et intra-craniens. Hémicramosis, p. 505.
- PEREKALIN. Ablation de la langue, p. 200.
- PÉRIER. Un bon joint de seringue à aiguille, p. 687.

- PERRIN (et MILLAN). Maladie de Raynaud, localisée au nez et aux oreilles, de nature syphilitique. Guérison rapide par le novarsénobenzol, p. 875.
- PESCHARD. Un cas étrange de corps étranger de l'œsophage avec sténose œsophagienne, p. 1143.
- PETERS. Un cas de tumeur osseuse étendue de la cloison, p. 1093.
- PEYRE. Mastoïdite et compression cérébrale à distance, p. 992.
- PEYSER. Sinus latéral superficiel découvert à l'opération, p. 456.
- PHILLIPS (W.-C.). Diagnostic et traitement de la thrombophlébite suppurée du sinus, p. 94.
- PHILIP (BEAURIEUX et CAUSSINEAU). Le phlegmon orbitaire d'origine sinusienne, p. 736.
- PHILIP (DUMAREST et COLBERT). La cune climatérique de la tuberculose pulmonaire et l'hiliothérapie laryngée, p. 751.
- PIAZZA. Sur un cas d'ostéome primitif du sinus frontal droit, p. 318.
- PIAZZA. Un cas d'amygdale surnuméraire avec formation tératoïde du pharynx, p. 746.
- PIERCE. Nouvelle méthode de fermeture de la trompe d'Eustache, p. 58.
- PIERRE. Epithélioma basocellulaire développé sur une excoriation traumatique du sillon rétro-auriculaire qui était la cause d'érysipèles à répétition, p. 625.
- PIERRET. Cures arsénicales en O.-R.-L.. Les indications et leur mode d'action, p. 987.
- PIETRI. Un cas d'abcès sous-périosté temporal de Luc, p. 213.
- PIETRI. Syndrome de Gradenigo, p. 214.
- PIJPER (et GRUNBERGER). Un cas de leio myome de l'œsophage, p. 123.
- PILLON. Le lupus vulgaire et la radiothérapie, p. 1147.
- PLANDÉ. La thyrotomie chez l'adulte, p. 1142.
- POE. Hématome du palais osseux après résection sous-muqueuse de la cloison, p. 986.
- POGANY. Affections labyrinthiques, représentant des formes abortives de méningite cérébro-spinale, p. 82.
- POHLMANN (et P.-W. KRANTZ). Les effets des changements de pression dans le conduit auditif externe sur l'acuité auditive, p. 216.
- POLLAK. Mastoïdite précoce avec méningite séreuse, p. 967.
- POLLACK. Otite moyenne chronique droite suppurée avec labyrinthite séreuse tardive, p. 1193.
- POLLOCK. Greffes intraseptales dans la rhinite atrophique, p. 1205.
- POPOFF. A propos des lésions provoquées expérimentalement au niveau du limaçon par les excitations sonores, p. 216.
- POPOLITA. Sténoses cicatricielles infranchissables de l'œsophage dilatées par l'œsophagoscope, p. 244.
- POPOLITZA. Procédé personnel pour la dilatation des sténoses œsophagiennes, p. 836.
- POPPER. Volumineux phlegmon cervical après évidement, p. 968.
- POPPER. Otite chronique avec syndrome de Ménière récent, p. 1193.
- POPPER. Otite chronique avec cholestéatome, labyrinthite thrombose sinusienne traitée par la roentgenthérapie, p. 1193.
- POPPI. Sur quelques cas de syphilis méconnue, p. 105.
- POPPI. Thérapeutique des névrites optiques dans certains syndromes d'hypertension endocranienne et dans les sinusites postérieures latentes, p. 738.
- PORTER. Mes résultats éloignés dans la chirurgie thyroïdienne, p. 505.
- PORTMANN. Quand faut-il intervenir sur le labyrinthe ? L'opération doit-elle être toujours systématisée, p. 464.
- PORTMANN. La correction plastique des nez difformes, p. 478.
- PORTMANN (et RETROUVET). Malformations laryngées similaires chez deux jumeaux, p. 493.
- PORTMANN (et MOREAU). Considérations sur le traitement chirurgical des tumeurs malignes du massif facial, p. 739.
- PORTMANN. Recherches sur la physiologie de l'oreille interne avec démonstration cinématographique, p. 1074.
- PORTMANN (et FORTON). Le syndrome médiastinal en O.-R.-L., p. 1143.
- POST. Deux cas remarquables de névrite optique et de choriorétinite consécutive à une affection sinusienne, p. 1130.
- POWELL. Un cas de fibrome du nez, p. 193.
- POYET (et BOURGEOIS). Contribution au traitement des symphyses vélo-pharyngées par la diathermo-coagulation, p. 952.
- PRATT. La valeur de la transillumination dans les affections des sinus, p. 107.



- PRECECHTEL. Phénomènes biologiques de défense et guérison de la plaie opératoire après la trépanation de l'apophyse mastoïde avec ouverture de l'antre, p. 348.
- PRECECHTEL. Remarques diagnostiques et thérapeutiques à propos de deux cas d'abcès cérébelleux d'origine auriculaire, p. 352.
- PRECECHTEL. Fonction physiologique de l'appareil otolithique chez le fœtus, p. 356.
- PRECECHTEL. La correction des déformations nasales, p. 363.
- PRECECHTEL. Le traitement des sténoses cicatricielles du larynx et de la trachée. Contribution à l'opération plastique des fistules laryngo-trachéales, p. 375.
- PRECECHTEL. Complications survenant pendant et après la laryngectomie et leur prophylaxie, p. 376.
- PRECECHTEL. Physiologie et pathologie de l'appareil otolithique, p. 972.
- PRECECHTEL. Contribution à la plastique des fistules laryngo-trachéales, p. 983.
- PREDESCU-RION. Pansinusite droite, p. 609.
- PREDESCU-RION. Contribution à l'étude pratique de l'amygdalectomie, p. 612.
- PREDESCU-RION. Considérations sur la maladie de Gerlach, p. 614.
- PREDESCU-RION. Labyrinthite aiguë bilatérale avec paralysie faciale unilatérale, p. 617.
- PREDESCU-RION. La vaccinothérapie dans la furonculose du nez et de l'oreille externe, p. 846.
- PREDESCU-RION. Sur une épidémie de rhino-pharyngo-otite catarrhale aiguë, p. 847.
- PREDESCU-RION. La guérison des adénites tuberculeuses par l'iodéol, p. 847.
- PREDESCU-RION. Epiglottite phlegmoneuse, p. 1078.
- PREDESCU-RION. Tuberculose laryngée. Thyrotomie. Mort en quinze jours par tuberculisation générale, p. 1079.
- PREDESCU-RION. Mastoïdite syphilitique, p. 1079.
- PREDESCU-RION. Epistaxis très grave consécutive à une ulcération syphilitique de la cloison, p. 1080.
- PREDESCU-RION. Un cas très rare de polype laryngé, p. 1211.
- PROBY. *Les tumeurs mixtes du prolongement pharyngien de la parotide*, p. 302.
- PROBY (REBATTU). *Vaccinothérapie locale de l'ozène par scarifications intranasales et cutanées*, p. 1021.
- PSAUME (et MALLEY). *La curiethérapie de surface par les appareils moulés. Son application aux cancers buccaux et cervico-faciaux. Travail du service de curiethérapie de l'Hôpital Tenon*, p. 785.
- PUGNAT. *Le problème du goitre et la notion des « focal infections »*, p. 132.
- PUIG. Considérations sur l'angine de Vincent et son traitement étiologique, p. 1007.
- QUANQUIN. Considérations sur quelques cas d'épithéliomas des premières voies respiratoires et digestives traités par le radium, p. 742.
- QUIN. A propos de la fonction des otolithes, p. 963.
- QUIN. Le rôle des otolithes dans la séméiologie de la maladie de Ménière, p. 469.
- RACHET (et BENSAUDE). Corps étrangers de l'œsophage, p. 1013.
- RAMADIER. Considérations sur la topographie des troubles sensitifs au cours des affections sphéno-ethmoidales postérieures, p. 367.
- RAOUL (et HALPHEN). *Polype kystique géant intra-sinusal*, p. 445.
- RAOUL (et HALPHEN). Polype kystique géant intra-sinusal, p. 692.
- RATEAU. Contribution à l'étude de l'adénite génienne, p. 1146.
- RAVAULT (MOURIQUAND et CHASSARD). Syndrome adiposo-génital avec selle turcique normale, p. 360.
- RAVAULT (et GAILLARD). Sur un cas d'épithélioma vestibulaire laryngé à localisations multiples, p. 495.
- RAVAULT (LÉPINE et MOURIQUAND). Zona ophtalmique et éruption du type varicellique simultanés chez une enfant, p. 504.
- REBATTU (et MOLLON). Ostéo-fibrome du rocher, p. 466.
- REBATTU (et GAILLARD). Thyroïdite aiguë suppurée et périchondrite diffuse du cartilage thyroïde, d'origine streptococcique, p. 503.
- REBATTU (et PROBY). *Vaccinothérapie locale de l'ozène par scarifications intranasales et cutanées*, p. 1021.
- REBATTU. Paralysie récurrentielle par médiastinite tuberculeuse, p. 1139.
- REDSLOB. Névrite rétrobulbaire datant de douze ans, améliorée par l'évidement du sinus sphénoïdal, p. 699.

- REDSLOB. Arythmie et bradycardie persistante après éviscération du globe, p. 701.
- REINKING. L'érupción des voies respiratoires et de l'oreille, p. 1114.
- RENDU. De la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite du nourrisson, p. 274.
- RENDU. Abscès subaigu enkysté intra-amygdalien, p. 373.
- RENDU. Dysphagie et paralysie récurrentielle, p. 375.
- RENDU. Fibrome pédiculé de la base de la langue, p. 489.
- RENDU. De la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite du nourrisson, p. 840.
- RENDU. Dysphagie œsophagienne par compression ganglionnaire dans un cancer du poumon, p. 1014.
- RENSHAW (Knowles). Tuberculose laryngée, p. 336.
- REPTO. Surdité labyrinthique, p. 994.
- RETROUVET (et PORTMANN). Malformations laryngées similaires chez deux jumeaux, p. 493.
- REVERCHON (et WORMS). Zona otitique, p. 606.
- REVERCHON (et WORMS). Paralysie du moteur oculaire commun d'origine sinusienne, p. 737.
- REVERCHON (et WORMS). Rhinite atrophique du type ozéneux consécutive à une blessure de la région ptérygo-maxillaire. Syndrome sphéno-palatin, p. 878.
- REVERCHON (AUZIMOUR (t BOLOTTE). Evaluation de l'insuffisance respiratoire d'origine nasale, par la méthode graphique à l'aide du masque de F ch relié à un manomètre inscripteur, p. 945.
- REVERCHON (et WORMS).  tude radiologique des altérations de l'apophyse masto ide dans les otites aigu es et chroniques, p. 1198.
- REYN. Traitement du lupus par la lumière artificielle, p. 211.
- REYNIER (DE). Quelques remarques sur la tuberculose du larynx. Photographie du larynx, p. 56.
- REYNOLDS. La pathologie de la sph n d idite, p. 1130.
- REYS.  preuve de l'indication de Barany. d'après les travaux récents, p. 468.
- REYS (et BARRÉ). Surdité unilatérale et troubles labyrinthiques spécialisés, p. 703.
- REYS (et SPINNHIRNY). Troubles oculo-labyrinthiques, paralysie de la partie sensitive de la X<sup>e</sup> paire, emphysème en collier au cours d'une encéphalite aigu e, p. 704.
- REYS (BARRÉ et FONCIN). Syndrome ponto-cérébelleux ancien. Méningite puriforme aseptique cloisonnée récente, p. 731.
- RIBAS VALERO. La cellulite orbitaire, ses relations avec les sinusites, p. 366.
- RICCITELLI (et FRANCHINI). Rhinite spasmodique, p. 706.
- RICHARDS. Un cas d'abscès cérébral cons cutf à une otite moyenne aigu e complètement guéri. Intervention, guérison, p. 710.
- RICHARDS (Horace). Un cas d'herpès otique, p. 870.
- RICHARDSON (E.-P.). Valeur relative de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement de l'hyperthyroïdisme, p. 249.
- RIDONT. Tuberculose des os du nez, p. 855.
- ROBERTSON. La vaccinothérapie dans une série de cas d'ozène, p. 338.
- ROCH. A propos d'un cas d'abscès cérébral, p. 57.
- ROCHET (et TIXIER). Evolution et complication anormales d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire, p. 482.
- ROGER (et AUBARET). Paralysie totale des mouvements associés d'élévation et d'abaissement du regard au cours de l'encéphalite épidémique, p. 700.
- ROGER (et CRÉMIEUX). Hémorrhagie méningée sus et sous durale, secondairement mortelle par hémorrhagie du sinus latéral après traumatisme par chute sur la nuque, p. 700.
- ROLLET. Mucocèle hémorrhagique du sinus frontal à évolution orbitaire, p. 365.
- ROLLET (et BUSSY). Ectasie et sténose des voies lacrymales, p. 368.
- ROLLET (et GAILLARD). Notes sur quelques points de l'anatomie du sinus sphénoïdal et en particulier sur sa vascularisation, p. 1000.
- ROLLET. L'exophtalmie, p. 1130.
- ROOS (et L. ELLISON). Quelques effets généraux de l'anesthésie locale dans l'amygdalotomie, p. 886.
- ROOSEN. Chimiothérapie des tumeurs malignes, p. 622.
- ROPP. Les bases de la technique d'irradiation dans les tumeurs malignes du nez, des oreilles et du larynx, p. 851.

- ROSENTHAL. *Le démemberment de la laryngite tuberculeuse, son attaque par la trachéostylisation*, p. 39.
- ROSENTHAL. *Les grands syndromes physiothérapiques; végétations adénoïdes et insuffisance respiratoire*, p. 1157.
- ROSS (ELLISON). Quelques-uns des effets généraux des anesthésiques locaux dans l'amygdalotomie, p. 866.
- ROTH. Contribution au diagnostic des perforations de l'œsophage par corps étrangers, p. 117.
- ROTH. Contribution au diagnostic des corps étrangers de l'œsophage, p. 457.
- ROUGET. *Les voies d'abord de l'hypophyse*, p. 16.
- ROUGET (LEMAITRE et RUPPE). *Un cas de leontiasis ossea*, p. 903.
- ROURE. Les varices de la base de la langue, p. 1007.
- ROUSSEAU (F.). Pharyngo-trachéite azotémique, p. 1139.
- ROUSSY. L'état actuel du problème du cancer, p. 726.
- RUMINEL. *Hypernéphrome avec métastases labyrinthiques*, p. 1190.
- RUNDSTROM. Ozène, p. 58.
- RUNGE. Contribution au développement et signification fonctionnelle de la dégénérescence neuro-épithéliale, p. 81.
- RUNGE. La conduction osseuse; une nouvelle épreuve pour sa compréhension, p. 467.
- RUPPE (LEMAITRE et ROUGET). *Un cas de leontiasis ossea*, p. 903.
- RUTTIN. Suppuration latente de l'oreille moyenne, p. 82.
- RUTTIN. Hypoexcitabilité croisée aux réactions rotatoire et calorique au cours d'une syringobulbie, p. 88.
- RUTTIN. Masque protecteur pour l'examen du larynx et de la gorge, p. 620.
- RUTTIN. Encéphalo-méningocèle après découverte, sans incision de la dure-mère, p. 854.
- RUTTIN. Fistule semi-circulaire osseuse guérie, p. 854.
- RUTTIN. Exclusion totale des deux labyrinthes au cours d'une otite moyenne aiguë, vraisemblablement post-typhique, p. 854.
- RUTTIN. Névrite typhique du nerf cochléaire, p. 854.
- RUTTIN. Otite aiguë. Thrombose du sinus. Erysipèle. Guérison, p. 966.
- RUTTIN. Fistule labyrinthique au cours d'une otite aiguë, p. 966.
- RUTTIN. Formation brusque d'une large perforation tympanique, p. 967.
- RUTTIN. Contribution à l'étude des réflexes statiques chez l'homme, p. 967.
- SABERTON. Traitement de l'hyperthyroïdisme par les rayons X, p. 1014.
- SABRAZES. Pharyngomycose et amygdalite érythrique sans association fuso-spirillaire, p. 372.
- SAINT-CLAIR THOMSON. Pansinusite aiguë, p. 107.
- SAINT-CLAIR THOMSON (et M'ICRAITH). Mucocèle frontale, p. 108.
- SAINT-CLAIR THOMSON. Traitement d'un épithélioma (en apparence) laryngé (syphilis possible) par les rayons X. Guérison complète, p. 192.
- SAINT-CLAIR THOMSON. Laryngofissure dans deux cas de cancer intrinsèque du larynx, p. 192.
- SAINT-CLAIR THOMSON. Névrite optique d'origine sphénoïdale. Opération. Guérison, p. 231.
- SAINT-CLAIR THOMPSON. Discussion sur le spasme du larynx, p. 341.
- SAINT-CLAIR THOMPSON. Paralysie bilatérale des cordes secondaires à un néoplasme du sein, p. 495.
- SAINT-CLAIR THOMPSON. Tuberculose du larynx, p. 1009.
- SAINT-CLAIR THOMPSON. La durée d'une canule de trachéotomie, p. 1096.
- SALINGER. Abscès du vitré consécutif à une thrombose du sinus latéral, p. 59.
- SALINGER. Abscès du lobe frontal, consécutif à une sinusite frontale aiguë. Guérison, p. 1073.
- SAMENGO. Immobilisateur lingual, p. 621.
- SAMENGO. Tumeur de l'hypopharynx traitée et guérie par la diathermie et la radiothérapie, p. 706.
- SAMENGO. Le radium-introducteur. Dispositif pour radium-puncture, p. 1106.
- SANTY (et DUNET). Kyste adamantin uniloculaire de la branche montante du maxillaire inférieur avec formations microkystiques intra-pariétales, p. 380.
- SARGNON (et GRAND-CLÉMENT). Sinusite profonde et lésion des nerfs optiques. Résection des cornets moyens. Disparition rapide des troubles visuels, p. 366.
- SARGNON. Corps étrangers multiples broncho-pulmonaires droits anciens, avec dilatation purulente. Expulsion spontanée en trois temps. Evacuation endoscopique de l'abcès broncho-pulmonaire. Guérison, p. 376.

- SARGNON. Deux nouveaux cas de névrite optique rétrobulbaire traités avec succès par opération endo-nasale. Résection de la partie postérieure du cornet moyen, p. 436.
- SARGNON. Hernies et fungus cérébraux d'origine optique, p. 440.
- SARGNON. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des lésions inflammatoires et traumatiques du sinus sphénoïdal et de l'éthmoïde postérieur, p. 484.
- SARGNON. Lésions des sinus profonds et névrites optiques, p. 485.
- SARGNON. Un cas d'ozène trachéal, p. 496.
- SARGNON (et BÉRARD). Sifflet dans la bronche gauche. Extraction par bronchoscopie inférieure, p. 496.
- SARGNON. Quatre nouveaux cas de corps étrangers de l'œsophage, p. 498.
- SARGNON. Rétrécissement congénital de la partie inférieure de l'œsophage constaté chez un enfant, p. 499.
- SARGNON. Contribution à l'étude des lésions optiques et orbitaires dans les sinusites profondes, p. 592.
- SARGNON. Un nouveau cas de trachéo-cricostomie chez un tubard-canulard, p. 681.
- SARGNON. Contribution à l'étude des lésions optiques et orbitaires dans les sinusites profondes, p. 738.
- SARGNON. Statistiques de nos corps étrangers des voies respiratoires et digestives hautes, observés de février 1923 à mars 1924, p. 780.
- SARGNON (et TROSSAT). Contribution au traitement endonasal des lésions optiques, p. 889.
- SARGNON. Sinusites latentes postérieures et lésions du nerf optique, p. 1002.
- SARGNON (et TROSSAT). Un cas de laryngite ulcéro-membraneuse primitive du type Vincent, p. 1008.
- SARMENGO. Transillumination du sinus sphénoïdal. Technique nouvelle, p. 1130.
- SCHIEBE. Les dangers vitaux des sinusites et de leurs méthodes de traitement, p. 80.
- SCHERCKE. Une cause rare de dysphagie : la longueur anormale de l'apophyse styloïde, p. 887.
- SCHILLER. Un cas de rhinite atrophique consécutif à un corps étranger et quelques mots sur le traitement par la paraffine, p. 837.
- SCHLANDER. Otite moyenne chronique, cholestéatome, thrombose étendue du sinus et du golfe, p. 60.
- SCHLANDER. Otorrhée chronique. Evidement. Abscès profond du cou, p. 459.
- SCHLANDER. Otite moyenne suppurée chronique. Cholestéatome. Abscès péri-sinusal. Thrombose sinusienne évoluant sans fièvre après l'opération, p. 620.
- SCHLANDER. Plastique pour les pavillons déjetés en avant, p. 967.
- SCHLANDER. Otite moyenne chronique. Abscès cérébelleux à siège particulier, p. 968.
- SCHLANDER. Clinique et évolution de la labyrinthite circonscrite, p. 1196.
- SCHLEMMER. L'amygdalite chronique et son traitement, p. 74.
- SCHLEY. Cancer du maxillaire supérieur, son traitement chirurgical, p. 379.
- SCHLITER. De la labyrinthite ossifiante, p. 55.
- SCHMIEGELOW. Un cas de sarcome à cellules rondes du maxillaire supérieur. Traitement postopératoire par le radium. Guérison, p. 723.
- SCHMIDT (V.). Neuf cas de diverticule par pulsion, p. 118.
- SCHNIRER. Oxycéphalie avec atteinte de l'appareil cochléaire, p. 968.
- SCHUOLMANN. Présentation d'un ozène opéré, p. 1073.
- SCHONSBÖE (et HENIUS). Recherches sur les résultats de l'évidement pétromastoidien, p. 868.
- SCHUBIGER. L'hérédité dans l'œdème laryngo-angio-neurotique, p. 55.
- SCHULTZ (KAUFFMANN et CREEKMUER). Les modifications du temporal dans le rachitisme expérimental. Leur relation avec l'otosclérose, p. 97.
- SCHUTTER. Mécanisme du vertige labyrinthique produit par influence psychique, p. 454.
- SCHWARZ-GLOSSY. Tumeur indéterminée de la moitié droite de la langue, p. 458.
- SCHWARZ-GLOSSY. Tumeur de la partie droite de la langue, p. 985.
- SCHWARZ-GLOSSY. Cas de rhino-sclérome, p. 935.
- SCOTT-RIDONT. Obstruction trachéale due à l'arrêt du développement de la trachée, p. 73.
- SCOTT (Sydney). Abscès cérébral gauche. Amnésie pour les noms et les objets, p. 327.



- SCOTT (Sydney). Abscès cérébelleux ; coma subit et apnée ; guérison après opération avec respiration artificielle, p. 327.
- SCOTT (Sydney). Abscès cérébelleux cinq semaines après le début d'une otite aiguë droite, p. 328.
- SÉBILEAU. Nécrose et élimination totales de la mâchoire inférieure par une large béance des parties molles, p. 604.
- SÉBILEAU (et TRUFFERT). Présentation de préparations anatomiques d'évidement partiel, p. 862.
- SÉBILEAU. (et TRUFFERT). Présentation de pièces anatomiques, p. 953.
- SÉBILEAU. Adhérences vélo-pharyngées, p. 954.
- SEDALLIAN (et LÉPINE). Paralyse diphtérique à localisation rare, p. 490.
- SEEMANN. Présentation d'un cas de bégaiement chez une histérique, p. 65.
- SEEMANN. L'examen stroboscopique du larynx, p. 66.
- SEEMANN. La division sous-muqueuse du palais, p. 370.
- SEEMANN. *Contribution à la pathogénie et la symptomatologie de la fissure sous-muqueuse du palais osseux*, p. 388.
- SEEMANN. La division sous-muqueuse du palais, p. 979.
- SEIBERLING. Gomme laryngée chez un enfant de 10 ans, p. 715.
- SEGURA. Les sinusites sphénoïdales et leur traitement, p. 223.
- SEGURA. Contribution à la chirurgie de l'hypophyse, p. 732.
- SEIGNEURIN. Du traitement en un seul temps opératoire de l'obstruction nasale bilatérale due aux altérations concomitantes de la cloison et des cornets, p. 1203.
- SELIGMANN. Angine de Ludwig, p. 615.
- SELIGMAN. Mastoïdite aiguë opérée. Résultat esthétique, p. 1078.
- SELIGMAN. Stricture récidivante de l'œsophage, p. 1078.
- SELLING (et KISTNER). Les épreuves labyrinthiques dans le diagnostic des affections cérébelleuses, p. 220.
- SEMON. Antidote contre certains symptômes de l'arsenic, du bismuth et du mercure, p. 988.
- SEQUEIRA. Traitement de la tuberculose cutanée, p. 211.
- SERIER. Etude complémentaire sur la question de la provenance des déformations physiologiques de la cloison nasale, p. 1127.
- SEWELL (LINDLEY). Remarques cliniques sur le traitement post-opératoire de la sinusite maxillaire, p. 333.
- SEWELL (L.) et MILLIGAN. Tumeur tuberculeuse de la fosse nasale gauche, p. 335.
- SHAMBAUGH. Structure et fonction de la crête ampullaire, p. 59.
- SHEAF (et JOHNSON). Dilatation de l'œsophage inférieur par cardio-spasme. Guérison à la sonde de mercure, p. 1095.
- SHEEHAN (EASTMAN). *Épithélialisation de l'antre maxillaire dans les états infectieux chroniques de cette cavité*, p. 267.
- SHEEHAN. L'épithélisation du sinus maxillaire dans les inflammations chroniques, p. 230.
- SHEEHAN. Correction des difformités nasales, p. 733.
- SHUKOWAKY. Polype choanal, p. 200.
- SHURLY. L'ablation des amygdales, p. 234.
- SILVAGNI (et BILANCIONI). Sur l'innervation de la musculature de la trompe d'Eustache, p. 989.
- SIMONDS. Anatomie pathologique des inflammations du cerveau et des méninges, p. 1071.
- SINGER. Modification du liquide céphalo-rachidien, dans les inflammations cérébrales et méningées, p. 1043.
- SLUDER. Un cas de glossodynie, avec amygdalite linguale concomitante, guérie par anesthésie du ganglion sphéno-palatin, p. 1069.
- SLUDER. Anatomie de la fente sphénoïdale, p. 1070.
- SLUDER. Spasme de l'œsophage guéri par le traitement du ganglion sphéno-palatin, p. 1134.
- SMALLEY. Paralyse double des abducteurs, p. 336.
- SMILEY. Etude sur les infections aiguës de la gorge et du système respiratoire, p. 746.
- SMURTHWAITE. Extraction d'un corps étranger de la trachée chez un enfant de 6 mois, p. 194.
- SNIJDERS (et STOLL). Un cas de rhinosclérome chez une femme malaise à Sumatra, p. 877.

- SOCOLOVSKY. L'otite scarlatineuse et les méthodes modernes de son traitement, p. 847.
- SØERENSEN. L'état actuel de la laryngectomie totale, p. 112.
- SØERENSEN. La technique opératoire des épithéliomas étendus de la langue et du plancher de la bouche, p. 744.
- SOKOLOFF. Angine de Ludwig compliquée d'abcès de la langue, p. 198.
- SONNENSCHN. L'injection d'alcool à titre d'ajuvant éventuel de l'anesthésie locale dans l'amygdalectomie, p. 239.
- SONNENSCHN. Les épreuves fonctionnelles d'audition, p. 955.
- SOUCHET (et SURREL). *Un cas d'ostéite diffuse hypertrophiante du bord alvéolaire des maxillaires supérieurs*, p. 32.
- SOUCHON. La trousse photogène Némausa, p. 1198.
- SOUKUP. Le traitement des otites moyennes aiguës avec mastoïdite, p. 979.
- SOULAKOVA. Sclérome du nez, du larynx et de la trachée, p. 62.
- SOULAKOVA. Tuberculose du pharynx et des piliers traitée par les rayons ultraviolets, p. 67.
- SOULAKOVA. La panitrine dans le traitement des maladies de l'oreille, p. 980.
- SOUTTAR (et MUECKE). Un cas de nez double, p. 453.
- SPIEGEL (et DEMETRIADES). Contribution à l'étude du système nerveux végétatif. Influence de l'appareil vestibulaire sur les mouvements intestinaux, p. 730.
- SPIEGEL (et DEMETRIADES). Recherches expérimentales sur les réflexes labyrinthiques végétatifs et leur localisation centrale, p. 1196.
- SPINELLI. Ostéomyélite du maxillaire supérieur, consécutive à la rupture d'un dent, p. 240.
- SPINHIRNY (et REYS). Troubles oculo-labyrinthiques, paralysie de la partie sensitive de la X<sup>e</sup> paire, emphysème en collier au cours d'une encéphalite aiguë, p. 704.
- SPIRA. Les affections de l'oreille interne dans les stades précoces de la syphilis, p. 467.
- STAUFFER (NATHAN). Un cas de microtie avec absence du canal auditif externe, p. 1186.
- STAWRAKI. A propos des rapports entre les lésions du nerf optique et les maladies des cavités nasales, p. 1003.
- STEIN (OTTO). Vue d'ensemble sur la question du rhume des foins; revue critique de l'étiologie et du traitement, p. 877.
- STEINBERG (et WILLIAMS). La gomme de la glande thyroïde, p. 1145.
- STEINFELD. Mycoses bronchiques associées à certains types d'asthme bronchique, p. 497.
- STELLA (DE). *Technique opératoire pour le traitement des névrites rétro-bulbaires d'origine endo-nasale*, p. 161.
- STELLA (DE). Cylindromes en O. R.-L., p. 589.
- STELLA (DE). *Technique opératoire pour le traitement des névrites optiques d'origine endonasale*, p. 592.
- STENVERS (et CARSTENS). Réflexes cervicaux de Magnus et de Kleyn, déterminés par les mouvements spontanés actifs; mise en évidence concomitante des réflexes labyrinthiques, p. 103.
- STERN (H). Nouvelles recherches sur le mécanisme de la parole chez les laryngectomisés, p. 83.
- STERN. Contribution à l'étude du mécanisme vocal chez les laryngectomisés, p. 755.
- STERNBERG. Sur l'action sensibilisatrice de la cocaïne, de la novocaïne et de l'alypine sur l'adrénaline et l'adrénalone, p. 76.
- STERNBERG. Contribution à l'étude de la physiologie et de la pathologie de la muqueuse des voies respiratoires, p. 1203.
- STEURER. Les principes directeurs de la construction d'un autoscope autostatique, p. 77.
- STEURER. Arrosion expérimentale de la capsule labyrinthique, p. 81.
- STEURER. La pathogénie des labyrinthites nécrosantes, p. 1195.
- STÖBER (et BARRÉ). Tumeur du carrefour pétro-sphénoïdal d'origine nasale, p. 882.
- STOLL (et SNIDJERS). Un cas de rhinosclérome chez une femme malaise à Sumatra, p. 877.
- STOLZ (et FONTAINE). Chondromatose du squelette avec grand chondrome de l'ethmoïde, p. 735.
- STOLZ (BARRÉ et CAHN). Kyste du cervelet diagnostiqué, opéré et guéri, p. 1104.

- STRANDBERG. La finsenothérapie et ses résultats dans la tuberculose nasale et laryngée, p. 480.
- STRANDBERG. Méthode pour l'ablation du cornet inférieur, p. 734.
- STRAUSS (F.) [et FRANK (I.)]. Etude de l'action du calcium sur l'intoxication cocaïnique expérimentale, p. 212.
- STREIT. Septicémie après opérations sur le nez et la gorge, p. 77.
- STRUYCKEN. Photographie du larynx, p. 455.
- STRUYCKEN (et QUIN). Abscès du pédoncule cérébelleux après évidement, p. 455.
- STSCHADRIN. Kyste de l'épiglotte, p. 198.
- STULTZ. Gliome périphérique du nerf grand sympathique cervical, p. 69.
- STULZ. A propos d'un cas d'exophtalmie pulsatile traumatique, p. 943.
- SUCHANEK. Chancres primitifs de la gencive. Tuméfaction du fait du cavum et des ganglions occipitaux, p. 711.
- SUCHANEK. Hyperkératose pharyngée guérie par la radiumthérapie, p. 985.
- SUCIU-SIBIANU. Relations entre les affections oculaires et affections en O.-R.-L., p. 842.
- SUKER. Lésions du fond de l'œil dans les inflammations cérébrale et méningée, p. 1073.
- SURKER. Modifications du fond de l'œil dans les abcès du cerveau, p. 729.
- SURREL (et SOUCHET). *Un cas d'ostéite diffuse hypertrophiante du bord alvéolaire des maxillaires supérieurs*, p. 32.
- SYDENHAM. Un cas de méningite cérébro-spinale associée à une otite aiguë moyenne, p. 326.
- SYME. L'emploi de la diathermie chirurgicale dans les affections malignes de la gorge, p. 237.
- SYME (W.-S.). Traitement de l'ozène par le déplacement de la paroi latérale vers la ligne médiane, p. 859.
- SYME. Un cas de leucoplasie étendue de la langue et de la bouche, p. 860.
- SYME. Les rapports du sinus sphénoïdal avec le nerf optique, p. 1132.
- SYME. A propos de quelques affections de la trachée, p. 1143.
- SUCHANEK. Appareil d'éclairage pour l'appareil à laryngoscopie directe d'Haslinger, p. 86.
- SZASZ. Contribution au vertige vaso-moteur et à la possibilité de l'origine vasculaire de l'épreuve calorique, p. 1197.
- SZASZ. Sur le liquide labyrinthique, p. 82.
- TAPTAS. Le traitement de l'otite moyenne purulente aiguë, p. 625.
- TARNEAUD. Trouble systématisé des mouvements associés des yeux et des membres d'origine labyrinthique pure, p. 468.
- TARNEAUD (et LAEMMER). Des névropathies de cause rhino-pharyngée, p. 741.
- TASSI. Altérations du larynx par lésions des nerfs laryngés, p. 1009.
- TATUM. Les modifications vaso-motrices réflexes au niveau de la muqueuse nasale, p. 955.
- TAWSE. Ulcération amygdalienne, p. 195.
- TAYLOR (H.-M.). Causes et prophylaxie des manifestations otiques consécutives à la natation et au plongeon, p. 91.
- TENAGLIA. Traumatismes de l'oreille, p. 991.
- TERBRUGGEN. Traitement de l'ozène et des rhinites atrophiques par les injections d'autosang, p. 83.
- TERRACOL (et CANUYT). *La polypose nasale déformante et récidivante des jeunes*, p. 113.
- TERRACOL (et CANUYT). Les céphalées sphénoïdales, p. 591.
- TERRACOL (et CANUYT). Syndrome de Ménière (étude otologique), p. 695.
- TERRACOL (et CANUYT). Les névrites optiques rétrobulbaires et les sinus postérieurs. Etat actuel de la question, p. 697.
- TERRACOL (et CANUYT). Deux observations de névrite optique rétrobulbaire d'origine sinusienne, p. 697.
- TERRACOL (et CANUYT). A propos d'un malade atteint de crises névralgiques de sinusite fronto-maxillaire aiguë, p. 701.
- TERRACOL (et CANUYT). Néoplasme de la région hypophysaire. Effondrement des sinus sphénoïdaux. Développement naso-pharyngien, syndrome adipo-génital, p. 732.
- TERRACOL (et CANUYT). Le vertige et l'adrénaline, p. 871.
- TERRACOL (et CANUYT). La névrite optique rétrobulbaire et les sinus postérieurs, p. 880.

- ERRACOL (CANUYT). Les complications ovulaires des sinusites fronto-maxillaires, p. 944.
- TERRACOL (et CANUYT). Epithélioma du nez et de la région auriculaire avec paralysie faciale, p. 1103.
- TERRACOL (et CANUYT). Les phénomènes oculaires dans les suppurations péri-amygdaliennes, p. 1102.
- TERRACOL (et CANUYT). L'anesthésie locale du voile du palais par infiltration, p. 1104.
- TESAR. Deux cas de rhinosclérome, p. 62.
- TESAR. Goitre malin et tumeur du cou avec déviation du larynx, p. 64.
- TESAR. Thrombophlébite du sinus latéral au cours d'une otite moyenne purulente chronique avec cholestéatome, p. 64.
- TÊTU. Traitement chirurgical des rhinites ozéneuses atrophiques, p. 850.
- TÊTU. Corps étranger intralaryngien bien supporté, p. 1075.
- TENIER (et LEVESQUE). De l'importance de l'examen radioscopique des poumons dans les corps étrangers des bronches, p. 1211.
- THEIMER. Tumeur de l'amygdale gauche, p. 1192.
- THEISEN. L'œdème aigu du larynx, p. 1068.
- THEISEN. L'œdème aigu du larynx, p. 1140.
- THIELEMANN. Abscès du lobe frontal, p. 84.
- THOMA. Les effets de l'infection dentaire sur le reste du corps, p. 1069.
- THOMPSON. Syndrome de Ménière à la suite de la radiumthérapie, p. 730.
- THRANE. Cylindrome dans le pharynx et le voile du palais, p. 725.
- THRANE. L'appareil de Dundas-Grant destiné à provoquer les réactions vestibulaires au moyen d'insufflation d'air froid dans l'oreille, p. 725.
- THRANE. L'abcès épidual et périnsusien d'origine otique, p. 1120.
- TIXIER (et ROCHET). Evolution et complication anormales d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire, p. 482.
- TONNDORF. Considérations sur l'interprétation des images radiographiques des sinus, p. 79.
- TORRE. *Cancer du larynx*, p. 1170.
- TORRÉS. Fraise et spéculum modifié pour opérer la sinusite maxillaire par le méat inférieur, p. 587.
- TOTI. Casuistique des complications intracrâniennes des sinusites aiguës et chroniques depuis les travaux de Gerber et Dreyfus jusqu'à l'année 1923, p. 483.
- TOURNEUX (et LEFEBVRE). Kyste amygdaloïde à épithélium prismatique cilié, p. 892.
- TRAINA. L'action inhibitrice du nerf facial sur le nystagmus oculaire, p. 1201.
- TRIVAS. Un cas de leptoméningite purulente généralisée consécutive à une otite moyenne aiguë, sans réaction mastoïdienne, p. 463.
- TROSSAT (et SARGNON). *Contribution au traitement endonasal des lésions optiques*, p. 899.
- TROSSAT (et SARGNON). Un cas de laryngite ulcéro-membraneuse primitive du type Vincent, p. 1008.
- TROTTER. Traitement chirurgical des tumeurs du nerf acoustique, p. 190.
- TRUFFERT. Les branchiomes du cou, p. 251.
- TRUFFERT (et SÉBILEAU). Présentation de préparations anatomiques d'évidement partiel, p. 862.
- TRUFFERT (et SÉBILEAU). Présentation de pièces anatomiques, p. 953.
- TSETSU (et FOTIADE). Un cas de cicatrices vicieuses des fosses nasales, du pharynx, du larynx et paralysie de la corde vocale gauche, p. 1077.
- TURNER. Quelques cas de lupus et de cancers pharyngés traités par la diathermie, p. 337.
- TURNER. Un cas d'adénocarcinome du rein avec métastase dans le larynx, p. 337.
- TURNER (et MARTIN). Un cas d'abcès cérébral, p. 338.
- TWEEDIE. Démonstration d'un appareil imitant les mouvements des otolithes, basé sur les recherches de Magnus et de Kleyn, p. 949.
- UCHERMANN (et HARBITZ). Dépôts amyloïdes en forme de tumeur dans le larynx, p. 243.
- UFFENORDE. Pourquoi et comment doit on opérer le sinus frontal par voie orbitaire, p. 80.
- UFFENORDE. Comment se développent les polypes rétronasaux, p. 80.
- ULLMANN. Relations du larynx avec le pouvoir olfactif, p. 83.
- ULLMANN. L'étiologie des papillomes laryngés, p. 375.



- UNDRITZ (et JANUSCHOWAKY). Fibrome de la base du crâne, p. 200.
- URBANTSCHITSCH. Tuberculose primitive du rocher chez un nourrisson, p. 86.
- URBANTSCHITSCH. Vésicule séreuse du tympan, sans autre manifestation inflammatoire, ni trouble auditif, p. 86.
- URBANTSCHITSCH. Méningite à streptococcus mucosus, p. 201.
- URBANTSCHITSCH. Absence de déviation de l'index un an après un traumatisme cranien, p. 460.
- URBANTSCHITSCH. Labyrinthite post-opératoire, p. 620.
- URBANTSCHITSCH. Signe de la fistule d'Hennebert bilatéral et exclusion labyrinthique au cours d'une syphilis héréditaire. Retour des restes auditifs après injections de pilocarpine, p. 619.
- URBANTSCHITSCH. Polynévrite aiguë avec atteinte vestibulaire isolée et otite moyenne aiguë droite. A propos de la paralysie faciale « rhumatismale », p. 963.
- URBANTSCHITSCH. Mastoïdite et méningite à streptococcus mucosus chez un enfant de 13 mois, p. 964.
- URBANTSCHITSCH. Mastoïdite bilatérale chez un nourrisson de 5 mois et un autre de 9 mois, p. 965.
- URLICH. Radiographie en oto-laryngologie, p. 57.
- VACHER (et DENIS). A propos du traitement post-opératoire des mastoïdites et de l'évidement pétro-mastoïdien, p. 628.
- VALETTA. Rapports entre la tuberculose et les végétations adénoïdes, p. 369.
- VAMPRE. Cardiospasme, p. 760.
- VAN CANEGHEM. Un cas d'écoulement spontané du liquide céphalo-rachidien par l'oreille, p. 597.
- VAN CANEGHEM. L'ouverture systématique de la fosse supratonsillaire au cours de l'amygdalotomie, p. 959.
- VAN CANEGHEM. Gangrène primitive du pharynx, p. 960.
- VANDERVEKEN. Corps étranger tube de verre brisé dans la bronche droite d'un enfant, p. 588.
- VANDERWEIDT. La contribution à l'anatomie pathologique du stridor inspiratoire congénital. Hypoplasie du larynx, p. 373.
- VAN GHELUWE. A propos de certains œdèmes aigus du larynx, p. 931.
- VAN GHELUWE. Thrombo-phlébite suppurée latente du sinus latéral qui évolue sans symptômes chez un garçon de 17 ans, p. 939.
- VAN ROSSEN. Affection laryngée provoquée par un traitement aux rayons X, p. 243.
- VAN SWIETEN. Trombophlébite du sinus latéral avec arthrite coxofémorale, p. 587.
- VAN SWIETEN. Pseudo-symptômes cérébraux d'origine gastrique au cours d'une mastoïdite, p. 589.
- VASILIU. *Troubles de la parole dans le « Parkinsonisme »*, p. 565.
- VASILIU. Troubles de la parole dans le parkinsonisme, p. 09.
- VASILIU. Une anomalie curieuse : dent ayant évolué dans le nez, la racine en bas, la couronne en haut, p. 617.
- VASILIU. Le traitement de l'ozène par le radium, p. 845.
- VASILIU. *Hémiatrophie linguale d'origine bulbaire et para-bulbaire associée à la paralysie des autres nerfs bulbaires*, p. 1153.
- VASTARINI-GRESI. Contribution à l'étude morphologique de l'hypopharynx humain, p. 488.
- VECCHIA (et BRUZZONE). Les injections endotrachéales de novarsénobenzol, p. 243.
- VELTER. Stase papillaire et tumeur de l'hypophyse, considérations cliniques et thérapeutiques, p. 698.
- VELTER. Syndrome de Millard-Gübler chez un tabétique, p. 703.
- VELTER. Sur la structure et la signification morphologique du ganglion ophtalmique, p. 1101.
- VERNIEUVE. Le signe de l'inégalité papillaire ou signe de Roque en O.-R.-L., p. 589.
- VERNIEUVE. Diverticules multiples de l'hypopharynx et de l'œsophage, p. 594.
- VERNIEUVE. De la conduite à tenir vis-à-vis des porteurs de germes diphtériques, p. 747.
- VERNIEUVE. Diverticules multiples de l'hypopharynx et de l'œsophage, p. 760.
- VERNIEUVE. L'insuline trouve-t-elle son application en chirurgie O.-R.-L. ? p. 957.

- VERSTEEGH (et DE KLEYN). Quelques remarques expérimentales sur la maladie de Ménière, p. 872.
- VERSTEEGH (et DE KLEYN). Crises de vertiges et nystagmus suivant une position déterminée de la tête, p. 873.
- VERSTEEGH (et DE KLEYN). Méthode pour déterminer les positions compensatrices de l'œil chez l'homme, p. 874.
- VIGGO SCHMIDT. Affection otolithique, p. 724.
- VIGO SCHMIDT. Ozène familial, p. 1128.
- VILLAR. Arête de poisson fixée dans le pharynx et phlegmon carotidien inférieur, p. 747.
- VINCENT (et MAHU). Un cas de streptococcie d'origine otique. Mastoïdite. Thrombo phlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire. Surrénalité. Phlegmon périnéphrétique. Guérison, p. 863.
- VINCENT. Sur la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Etude des réactions labyrinthiques, p. 943.
- VOSS (O.). Traumatisme obstétrical et appareil auditif, p. 81.
- VOSS. Résection labyrinthique partielle dans la méningite labyrinthique, p. 1191.
- VYMOLA. Fibrome de la choane. Végétations adénoïdes. Ulcérations tuberculeuses, p. 62.
- VYMOLA. Étiologie, histologie et traitement du sclérome.
- VYMOLA. Atresie choanale bilatérale, p. 983.
- WACKER. Encéphalite otogène avec symptômes typiques d'abcès du lobe temporal, p. 53.
- WAGENER. Topographie du labyrinthe postérieur, p. 79.
- WALDAPFEL. L'étiologie de l'angine, p. 76.
- WALDAPFEL. Bacille fusiforme et spérochète de Vincent dans l'oreille moyenne, p. 200.
- WALDAPFEL. L'étiologie de l'angine, p. 233.
- WALDAPFEL. L'angine et la virulence streptococcique, p. 1209.
- WALSHE. (F.-M.-R.). Les tumeurs de l'acoustique, p. 96.
- WALSHE. Tumeurs de la VIII<sup>e</sup> paire, p. 190.
- WALSHE. Les travaux de Sherrington sur la physiologie des attitudes, p. 330.
- WARING. Tonsillectomie par aspiration, p. 239.
- WATTS. Cardioplastie pour cardiospasme, 889.
- WATSON (DONALD) (et FRASER). Remarques sur 14 cas de cancers intrinsèques du larynx avec démonstration histologique, p. 452.
- WATSON (et FRASER). Note sur 14 cas de cancers laryngés intrinsèques opérés, p. 1070.
- WATSON-WILLIAM. Cocaïne et autres corps qui peuvent la remplacer, p. 621.
- WEIDENREICH. La signification morphologique des cavités pneumatiques de la tête, p. 852.
- WEILL. A propos de polypes nasaux, p. 86.
- WEILL. Méningite après adénotomie par persistance du canal cranopharyngien et céphalocèle, p. 203.
- WEILL. Inscription des mouvements réactionnels, p. 450.
- WEILL (et AMADO). Restauration spontanée du conduit après évidement, p. 945.
- WEILL. L'éternuement, p. 945.
- WEILL (et BERNEY). Les manifestations ganglionnaires de l'hérédo-syphilis, p. 1146.
- WEILL. Epithélioma laryngé à évolution favorable, p. 1192.
- WEISS. Technique de l'irradiation dans la tuberculose laryngée, p. 852.
- WEISS. Le rapport de la voix chuchotée à la voix de conversation, p. 853.
- WELLER. Os et cartilage dans les amygdales, p. 237.
- WELLER. Causes et pathogénie des concrétions amygdaliennes, p. 886.
- WELLS (E.-D.) (et MACKENZIE A.-R.). Sarcome de l'ethmoïde, p. 103.
- WELNER. Tumeurs amyloïdes du nez et du larynx, p. 1191.
- WERNER (R.). Les bases biologiques de la radiothérapie, p. 850.
- WERTHEIMER. L'orientation actuelle du traitement de la névralgie faciale, p. 249.
- WERTHEIMER (et LERICHE). Sur l'abord des tumeurs de la région du chiasma obtenue par voie intra-durale, p. 360.
- WESSELY. Corps étranger de l'œsophage, p. 86.
- WESSELY. Réinfection tuberculeuse de l'amygdale palatine, p. 458.
- WESSELY. Tuberculose généralisée chez un jeune sujet, présentant différentes formes de tuberculose, p. 458.
- WESSELY. Tuberculose laryngée traitée par la lumière artificielle, p. 712.
- WESSELY. Complications après une ponction du sinus maxillaire, p. 1193.

- WESTLAKE. Note sur les relations du nerf optique avec la dernière cellule ethmoïdale postérieure, p. 231.
- WESTMACOTT. Ostéomyélite du frontal à marche extensive, p. 336.
- WESTMACOTT. Sarcome de l'os malaire, frontal et maxillaire, p. 336.
- WESTMACOTT. Deux cas d'œdème chronique de l'orbite, p. 336.
- WYLIE. Cent cas de tumeurs enlevées par laryngoscopie indirecte, p. 242.
- WHARRY. Canule-trocart modifiée pour sinus maxillaire, p. 72.
- WHARRY. Amygdalectomie. Cyanose pendant l'intervention due à une épiglottite membraneuse, p. 235.
- WHARRY. Causes d'insuccès dans l'ablation des amygdales et des végétations, p. 1008.
- WHITE. Etude anatomique et radiologique du canal optique, dans les névrites optiques, p. 881.
- WILDENBERG (VAN DEN). Le traitement chirurgical de l'ozène, p. 581.
- WILDENBERG (VAN DEN). Un cas d'abcès streptococcique du prolongement pharyngien de la parotide, p. 593.
- WILDENBERG (VAN DEN). Tumeur de l'hypopharynx, p. 593.
- WILDENBERG (VAN DEN). Quelques cas de corps étrangers des bronches et de l'œsophage, p. 594.
- WILDENBERG (VAN DEN). Epithélioma baso-cellulaire intratrachéal. Extirpation. par voie endotrachéale, p. 960.
- WILDENBERG (VAN DEN). Mégacœsophage, p. 961.
- WILDENBERG (VAN DEN). Applications de la trachéo-laryngoscopie directe. Laryngoscopie directe chez les nourrissons, p. 961.
- WILLIAMS (et STEINBERG). La gomme de la glande thyroïde, p. 1145.
- WILMER (H.). A propos d'une série de cas d'asthme ; remarques sur le diagnostic et le traitement, p. 1187.
- WILSON (J.-G.) et MILTON (J.-P.). La détermination physique de l'audibilité minima, p. 90.
- WISKOVSKY. Communication d'un cas d'emphysème médiastinal et sous-cutané à la suite de l'aspiration d'une fève dans la bronche droite. Guérison après extraction du corps étranger par bronchoscopie pérorale, p. 117.
- WISKOVSKY (KIWY). Séméiologie de la paralysie unilatérale des IX, X, XI nerfs crâniens d'origine périphérique, p. 359.
- WISKOVSKY. Mouvements inverses des cordes vocales, p. 373.
- WISKOVSKY. Traitement de l'intoxication aiguë par la cocaïne, p. 982.
- WISKOVSKY. Corps étrangers des bronches et de l'œsophage, p. 984.
- WISNER (et JOUSSEAUME). Sinusite frontale à extériorisation lointaine et volumineux abcès frontal médian chez une fillette de 14 ans, p. 600.
- WISNER (HALPHEN et JOUSSEAUME). Volumineux abcès frontal médian par extériorisation d'une sinusite frontale gauche chez une fillette de 14 ans, p. 638.
- WOKATSCHEK (et GABESKY). Un énorme polype, p. 200.
- WOLFE. Prophylaxie de la mastoïdite par le traitement systématique de l'otite aiguë, p. 1116.
- WOLFF. Nécessité de pratiquer l'épreuve de Rinne avec quatre diapasons se succédant d'octave en octave, p. 80.
- WOLFF. Valeur de la biopsie dans le diagnostic du cancer du larynx, p. 832.
- WOLFF. Leontiasis ossea, p. 84.
- WOOD. Polype nasal extrêmement développé, p. 712.
- WOOD. Présentation d'un nouvel appareil à laryngoscopie directe, le directoscope de Haslinger, p. 855.
- WOOD. La pathologie de l'amygdale dans ses rapports avec l'infection, p. 1069.
- WOOD (G.). Présentation d'un cas de déplacement du cornet moyen, p. 1186.
- WOODMAN (MUSGRAVE). Présentation des coupes histologiques illustrant certains points pathologiques et chirurgicaux dans le traitement des néoplasmes du maxillaire supérieur, p. 334.
- WOODMAN (MUSGRAVE). Les affections suppurées des sinus supérieurs, p. 1097.
- WOODMAN (MUSGRAVE). Les affections suppurées des sinus supérieurs, p. 1133.
- WOODS (A.-C.) (et DUNN J.-R.). Etude étiologique d'une série de névrites optiques, p. 231.
- WOOLSEY. L'influence de la vision sur le nystagmus, p. 1201.
- WORMS. Céphalées et troubles oculaires d'origine sinuso-nasale, p. 451.
- WORMS (et REVERCHON). Zona otitique, p. 606.
- WORMS (et REVERCHON). Paralysie du moteur oculaire commun d'origine sinu-sienne, p. 737.

- WORMS (et FRIBOURG-BLANC). Syndrome méningé aseptique au cours d'une polysinusite latente d'origine dentaire, p. 864.
- WORMS (et REVERCHON). Rhinite atrophique du type ozéneux consécutive à une blessure de la région ptérygo-maxillaire. Syndrome sphéno-palatin, p. 878.
- WORMS (et DELATER). De l'autovaccination en O.-R.-L., p. 1107.
- WORMS (et REVERCHON). Etude radiologique des altérations de l'apophyse mastoïde dans les otites aiguës et chroniques, p. 1198.
- WRIGHT (A.-J.). Une variété rare du mal de gorge, p. 233.
- WRIGHT (A.-J.). Un cas de dégénérescence du cornet moyen, p. 1095.
- WRIGHT (G.-J.). Démonstration de la pièce, de coupes et du dessin d'un cas de mycosis fongique ayant atteint le pharyngo-larynx, p. 1095.
- WRIGLEY (B.) (et MILLIGAN). Ostéomyélite de l'os frontal, p. 335.
- WRIGLEY (et MILLIGAN). Sarcome du pharynx en particulier de l'amygdale, p. 335.
- YERGER. Abscès cérébelleux otitique, p. 214.
- YOUNG (Stephen). Otite moyenne aiguë avec mastoïdite consécutive à une cornéctomie bilatérale inférieure, p. 861.
- YOUNG. Fracture du cartilage thyroïde, p. 862.
- ZAMBRINI. Abscès du cerveau d'origine otique. *Traitement par l'exclusion des espaces sous-arachnoïdiens. (Technique de F. Lemaitre)*, p. 181.
- ZANGE. Traitement de la tuberculose du larynx par la roentgenthérapie, p. 77.
- ZAVISKA. Une nouvelle technique de la réaction calorique, p. 352.
- ZAVISKA. Polynévrite cérébrale ménieriforme (Frankl-Hochwart), p. 104.
- ZAVISKA. Névrite acoustique due à la nicotine, p. 358.
- ZAVISKA. Le traitement par la pilocarpine dans l'otologie, p. 982.
- ZAVISKA. Démonstration de coupes histologiques du nerf acoustique et de l'oreille interne. Coloration de gaines de myéline d'après Myslivecek, p. 982.
- ZEIDLER. Méningite suppurée, p. 459.
- ZEIDLER. Les affections de l'appareil auditif au cours de la fièvre typhoïde, p. 629.
- ZIMMERMANN. Contribution à l'étude des tumeurs de l'angle pontocérébelleux en général et des tumeurs du nerf auditif en particulier, p. 1124.

## TABLE DES MATIÈRES (1)

- Abaisse langue électrique pour éclairage du sinus maxillaire. GAILLARD, p. 998.
- Abscès cérébelleux otitique. YERGER, p. 214.
- Abscès cérébral gauche. Amnésie pour les noms et les objets. SYDNEY SCOTT, p. 327.
- Abscès cérébral gauche chez des fillettes de 13 et 15 ans, opérés et suivis de guérison (2 cas). LITHGOW, p. 338.
- Abscès cérébral (Un cas). TURNER et MARTIN, p. 338.
- Abscès cérébral dû à une ancienne suppuration auriculaire. Guérison après opération (Un cas). GARDINER, p. 338.
- Abscès cérébral (Un cas d') consécutif à une otite moyenne aiguë complètement guéri. Intervention, guérison. RICHARDS, p. 710.
- Abscès cérébral (Crise épileptiforme après opération d'un). DAN M'KENZIE, p. 326.
- Abscès cérébral otitique (La latence de l'). DAVID-GALATI, p. 835.
- Abscès cérébral otogène sans symptômes cliniques. T.-H. JUST, p. 327.
- Abscès cérébral temporal droit, otitique. Opération, guérison. BRATESCU-VIRGIL, p. 835.
- Abscès du cerveau d'origine otique. *Traitement par l'exclusion des espaces sous-arachnoïdiens (Technique de Fernand Lemaitre). Guérison.* ZAMBRINI, p. 181.
- Abscès du cerveau d'origine otitique (un cas). COATES, p. 713.
- Abscès du cerveau (Sur un nouveau mode de drainage des). MOURE, p. 729.
- Abscès du cerveau (Modifications du fond d'œil dans les). SARKER, p. 729.
- Abscès encéphaliques (Signes de localisation et symptômes des). HUGH-PATRICK, p. 634.

1. Mémoires originaux: titre en italique et pagination en caractères gras: Analyses, comptes rendus de Sociétés en caractères ordinaires.



- Abcès (L') épidual et périsinusien d'origine otique K. THRANE, p. 1120.
- Abcès extra-dural rétro-auriculaire. JAUQUET, p. 938.
- Abcès extra-dural (Contribution à la symptomatologie de l') MARX, p. 465.
- Abcès frontal médian volumineux par extériorisation d'une sinusite frontale chez une fillette de 14 ans.* HALPHEN, JOUSSEAUME et WISNER, p. 568.
- Abcès du lobe frontal droit (Un cas d'otite moyenne aiguë bilatérale associée d'un gros). LEITCH, p. 950.
- Abcès du lobe frontal, consécutif à une sinusite frontale aiguë. Guérison. SALINGER, p. 1073.
- Abcès du lobe temporal des dimensions d'un noyau de cerise. FREMEL, p. 201.
- Abcès du lobe temporal après découverte involontaire de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne. BONDY, p. 459.
- Abcès du lobe temporal avec nystagmus vers le côté malade (Un cas d'). ALCALAY, p. 634.
- Abcès du lobe temporal (Un cas d'). HARPER, p. 858.
- Abcès du lobe temporal (Chirurgie et traitement post-opératoire des). O. BECK, p. 1195.
- Abcès périfulbaire et sous-occipital consécutif à une otite à streptococcus mucosus. O. BECK, p. 966.
- Abcès périmastoidiens avec guérison sans trépanation (2 cas d'). KOUTSORODIS, p. 626.
- Abcès pétro-cérébelleux post-otique. COSTINU, p. 717.
- Abcès ptérygo-maxillaire otogène à la suite d'une thrombo-phlébite du bulbe DAN M'KENZIE, p. 327.
- Abcès sous-périoste temporal de Luc (un cas). PIETRI, p. 213.
- Abcès du vitré consécutif à une thrombose du sinus latéral. SALINGER, p. 59.
- Accidents réflexes post-opératoires en rhinologie. CHAVANNE, p. 996.
- Acoustique (Les tumeurs de l'). WALSHE, p. 96.
- Acoustique (Démonstration des coupes histologiques du nerf) et de l'oreille interne. Coloration de gaines de myéline d'après Myslivecek. ZAVISKA, p. 982.
- Actinomycose du larynx. COSTINU, p. 1008.
- Actinomycose de la tête et du cou. GORDON NEW et FRED. FIGI, p. 250.
- Action sensibilisatrice de la cocaïne, de la novocaïne et de l'alypine sur l'adrénaline et l'adrénalome. STERNBERG, p. 76.
- Adénite génienne (Contribution à l'étude de l'). RATEAU, p. 1146.
- Adénites tuberculeuses par l'iodéol (La guérison des). PREDESCU-RION, p. 847.
- Adénocarcinome de l'ethmoïde, de l'antre et cornet moyen (Opération radicale ancienne de 3 ans pour). Pas de récurrence. DAVID HUSIK, p. 715.
- Adénoïdes (Rapports entre la tuberculose et les végétations). VALETTA, p. 369.
- Adénoïdes (Végétations). GAREL, p. 487.
- Adénoïdiens (L'exploration de la fonction hypophysaire chez les). LUIGI MAFÉO, p. 488.
- Adénopathies cervicales néoplasiques d'apparence primitive (présentation de 2 malades); ligature bilatérale de la jugulaire interne chez l'un d'eux. MOULONGUET, p. 684.
- Air chaud (Les insufflations d') médicamenteux dans les voies respiratoires. MOUNIER, p. 361.
- Air chaud dans les surdités consécutives aux otites aiguës et dans les processus inflammatoires des voies respiratoires supérieures. POSTHUMUS MEIJES, p. 454.
- Albinos (Enfant) avec nystagmus ondulateur. GALEBSKY, p. 200.
- Altérations anatomo-pathologiques des osselets dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne et leur traitement. FERRERI, p. 869.
- Ampullaire (Structure et fonction de la crête). SHAMBAUGH, p. 59.
- Amygdales (L'ablation des). SHURLY, p. 234.
- Amygdales. A propos de la présence de tissu ostéo-cartilagineux dans les). IRWIN MOORE, p. 887.
- Amygdales (Causes d'insuccès dans l'ablation des) et des végétations adénoïdes WHARRY, p. 1008.
- Amygdale (Chancre primitif de l'). GLAS, p. 457.
- Amygdales (Contribution à la physiologie des). HORAK, p. 977.
- Amygdale (Cysto-papillome de l'). HANSZEL, p. 203.
- Amygdales (Etude clinique et anatomo-pathologique sur les). MORRIES, p. 230.
- Amygdale (La flore bactérienne de l') et plus spécialement le streptocoque hémolytique et les altérations histopathologiques correspondantes. BELL, p. 1136.

- Amygdale (L'hémostase après les opérations sur l'). LAUTENSCHLAGER, p. 235.
- Amygdale linguale (Quelques observations cliniques de l'). JONES, p. 239.
- Amygdale linguale (Quelques considérations cliniques sur l'). ARNOLD JONES, p. 331.
- Amygdale surnuméraire avec formation tératoïde du pharynx (Un cas d') PIAZZA, p. 746.
- Amygdales (Os et cartilage dans les). WELLER, p. 237.
- Amygdale palatine (Réinfection tuberculeuse de l'). WESSELY, p. 458.
- Amygdale (La pathologie de l' dans ses rapports avec l'infection. WOOD, p. 1069.
- Amygdales grosses et infectées (La radiothérapie des). BLAINE, p. 1074.
- Amygdales (La réaction d'oxydase dans les). HORNICEK p. 978.
- Amygdalite (Recherches étiologiques et anatomiques sur l'). ANTHON et KUCZYNSKI, p. 76.
- Amygdale (Sarcome pédiculé de l'). LINCK, p. 76.
- Amygdale (Tumeur traitée par la radiothérapie). ARCELIN, p. 492.
- Amygdale (Tumeur de l'). THEIMER, p. 1192.
- Amygdale (Traitement d'un sarcome de l') par les rayons X après ablation partielle. DUNDAS-GRANT, p. 195.
- Amygdales (Traitement des néoplasmes malins des). DOUGLAS QUICK, p. 236.
- Amygdalectomie (L') à la clinique universitaire de Bâle. OPIKOEFER, p. 54.
- Amygdalectomie (Le tissu lymphoïde de la loge amygdalienne avec). PEARLMANN et GRICHTER, p. 59.
- Amygdalectomie (Recherches histologiques sur le processus de la guérison après) BECK, p. 76.
- Amygdalectomie. Cyanose pendant l'intervention due à une épiglottite membraneuse. WHARRY, p. 235.
- Amygdalectomie (Le tissu lymphoïde de la loge amygdalienne après l'). PEARLMANN et GRICHTER, p. 235.
- Amygdalectomie (L'injection d'alcool à titre d'adjuvant éventuel de l'anesthésie locale dans l'). SONNENSCHNEIN, p. 239.
- Amygdalectomie (Un cas d'hémorragie après) traité par la transfusion sanguine. HUIZINGA, p. 456.
- Amygdalectomie (Indications et techniques de l'). MOULONGUET, p. 491.
- Amygdalectomie et amygdalotomie. MOURE, p. 491.
- Amygdalectomie (La réaction des tissus péritonsillaires à l'). Etude de l'étiologie des abcès pulmonaires post-opératoires. FETTEROLF et FOX, p. 1070.
- Amygdalectomie (Nouvelles expériences sur l'emploi d'extraits de tissu dans l') GREENE, p. 1070.
- Amygdalienne (Ulcération). TAWSE, p. 195.
- Amygdaliennes (Etudes comparatives du contenu des cryptes) chez l'homme, le bœuf et le porc. D.-J. DAVIS, p. 236.
- Amygdalien (Abcès subaigu enkysté intra). RENDU, p. 373.
- Amygdalien (Sur une forme congestive de phlegmon péri). CITELLI, p. 492.
- Amygdalien (Calcul). BECCO, p. 747.
- Amygdalienne (Hypertrophie), associée à un nævus vasculaire du palais. LOWRY, p. 857.
- Amygdalienne (Balle de revolver dans la loge). COSTINI, p. 1075.
- Amygdalite chronique (L'aspect anatomo-pathologique de l'). DIETRICH, p. 75.
- Amygdalite chronique, considérations cliniques. KUMMEL, p. 75.
- Amygdalite chronique et son traitement. SCHLEMMER, p. 75.
- Amygdalite chronique (Constatactions histologiques dans l'). MAYER, p. 76.
- Amygdalotomie (Contribution à l'étude pratique de l'). PREDESCU-RION, p. 612.
- Amygdalotomie (Quelques effets généraux de l'anesthésie locale dans l'). ELLISON ROOS, p. 886.
- Amygdalotomie (L'ouverture systématique de la fosse supratonsillaire au cours de l'). VAN CANEGHEM, p. 959.
- Amygdalotomie maxima ou amygdalotomie haute. MOURET et CAZEJUST, p. 1137.
- Anatomie et histologie topographique de l'oreille du cobaye en vue de la technique microscopique et de l'expérimentation. CLAQUE, p. 989.
- Anatomiques (Présentation de pièces). SÉBILEAU et TRUFFERT, p. 953.
- Angine (L'étiologie de l'). WALDAPFEL, p. 76.
- Angine (L'étiologie de l'). WALDAPFEL, p. 233.
- Angine syphilitique et condylomes localisés sur les bords des deux conduits auditifs et dans les vestibules du nez. NOVAK, p. 62.
- Angine et la virulence streptococcique. WALDAPFEL, p. 1209.

- Angine de Ludwig compliquée d'abcès de la langue. SOKOLOFF, p. 198.  
 Angine de Ludwig. SELIGMAN, p. 615.  
 Angine de poitrine (Section du nerf dépresseur dans l'). HOFER, p. 77.  
 Angine et stomatite de Vincent. FORSCHWER, p. 853.  
 Angine de Vincent. (*La thérapeutique de*). MANGABEIRA ALBERNAZ, p. 917.  
 Angine de Vincent (Considérations sur l') et son traitement étiologique. PUIG, p. 1007.  
 Angiofibrome du naso-pharynx. MARSCHIK, p. 460.  
 Angiofibrome du naso-pharynx. NEUMANN, 966.  
 Angiome de la fosse nasale ; fente palatine latente. BRAUN, p. 458.  
 Angiomes (Les) du palais. COURTENAY MASON, p. 1096.  
 Angioneurotiques (Affections) des voies aériennes supérieures. DEDEK, p. 976.  
 Angiosarcome hémorragique du maxillaire supérieur. BANKS-DAVIS, p. 70.  
 Anesthésie générale (Intubation laryngée dans l'). ROWBOTHAM, p. 89.  
 Anesthésie générale au chlorure d'éthyle (Ma pratique de l'). HICGUET, p. 934.  
 Anesthésie locale (Précautions à prendre dans l'). ERVES, p. 89.  
 Anesthésie locale du voile du palais par infiltration. CANUYT et TERRACOL, p. 1104.  
 Anesthésie (L') locale en O.-R.-L. les avantages, les inconvénients et les dangers. BLEGVAD, p. 1109.  
 Anesthésie (L') locale dans les opérations cervicales. MECKER et HANDLUI, p. 1109.  
 Anesthésie locale en otologie. NEUMANN, p. 1194.  
 Anesthésie locale des voies respiratoires supérieures et de l'œsophage. AMERS BACH, p. 1194.  
 Anesthésie locale (Les bases théoriques de l'). KOCHMANN, p. 1194.  
 Anesthésie (L') économique des muqueuses. HORAK, p. 977.  
 Anesthésie des muqueuses (La tutocaïne dans l'). HIRCH, p. 1194.  
 Anesthésiques locaux dans l'amygdalectomie (Quelques-uns des effets généraux des). ELLISON ROSS, p. 866.  
 Anesthésique local (De la butyne comme) dans les interventions sur le nez et la gorge. WILLIAM HILL, p. 621.  
 Anévrisme de l'aorte descendante thoracique. PALASSE et BADOLLE, p. 380.  
 Anévrisme de l'aorte (Rupture d'un) au cours d'une trachéotomie. FEUCHTINGER, p. 1193.  
 Anévrisme artérioso-veineux du cou. DUVERGER, p. 1101.  
 Antidote contre certains symptômes de l'arsenic, du bismuth, du mercure. SEMON, p. 988.  
 Antrite maxillaire chez l'enfant. ALBERNAZ, p. 998.  
*Antro-allocomies partielles (Résultats des)*. CASTELLANI, p. 173.  
 Antrotomie (La désinfection chimique d'une plaie ouverte d') a-t-elle une raison d'être ? LEICHER, p. 82.  
 Antrotomie (fermeture immédiate de la plaie rétro auriculaire d'une). Guérison en quinze jours. HICGUET, p. 938.  
 Aphonie fonctionnelle (Un cas d'). Guérison avec la manœuvre de Négus et l'as-sourdisseur Barany. DUNDAS GRANT, p. 453.  
 Aphonie hystérique. MAYERSOHN, p. 615.  
 Aplasie de la partie vomérienne de la cloison associée à une luetle bifide. DAN M'KENZIE, p. 856.  
 Arête de poisson fixée dans le pharynx et phlegmon carotidien inférieur. VILLAR, p. 747.  
 Argyll-Robertson chez un tabétique (Evolution du signe d'). DUVERGER, p. 703.  
 Argyll-Robertson fruste après confusion du globe. DUVERGER, p. 695.  
 Arythmie et bradycardie persistante après éviscération du globe. REDSLOB, p. 701.  
 Asthme (L'). MONCORGÉ, p. 759.  
 Asthme (A propos d'une série de cas d'). Remarques sur le diagnostic et le traitement. HARRY WILMER, p. 1187.  
 Asthme bronchique, HARKAVY, p. 497.  
 Asthme bronchique associé à des mycoses bronchiques. STEINFELD, p. 497.  
 Asthme bronchique (Les opérations nasales dans l'). KAHN, p. 735.  
 Atelles pour la cloison nasale. DAN M'KENZIE, p. 856.  
 Audibilité (La détermination physique de l') minima. MILTON et WILSON, p. 90.  
 Audiométrique (La mensuration) et ses avantages. HARVEY FLETCHER, p. 1188.  
 Auditif (Tumeurs du nerf). HARVEY CUSHING, p. 470.

- Audition et de la giration (De l'existence et du mécanisme d'une accommodation à la distance dans les deux sens labyrinthiques de l').* L. BARD, p. 253.
- Audition : les effets de changements de pression dans le conduit auditif externe sur l'acuité auditive.* POHLMANN et KRANTZ, p. 216.
- Audition (Les épreuves fonctionnelles d').* SONNENSCHN, p. 955.
- Audition. Influence de l'assourdissement artificiel d'une oreille sur le pouvoir auditif de l'autre oreille.* KOMPANETZ, p. 216.
- Audition (Nouvelle méthode de mesure de l') dans la surdité accusée et les surdi-mutités.* FRÜSCHEL, p. 87.
- Auditives (Appareils et épreuves).* COATES, p. 1188.
- Autohémothérapie dans la furonculose.* NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER, p. 342.
- Autohémothérapie (L') dans les hématoses.* CATE et DUPASQUIER, p. 1108.
- Autoscope autostatique (Les principes directeurs de la construction d'un).* STEURER, p. 77.
- Autovaccination en O.-R.-L.* WORMS et DELATER, p. 1107.
- Autovaccins en otologie (Les).* COSTINIU et BERNEA, p. 834.
- Aveugles (Audition colorée et synesthésies chez les).* MALESPINE, p. 467.
- Aviation et physiologie.* HERLITZKA, p. 634.
- Bacille fusiforme comme agent d'une otite aiguë.* DEUTSCH, p. 854.
- Barany (Remarques sur l'opération radicale conservatrice spécialement en ce qui concerne la dernière méthode de).* R. LUND, p. 722.
- Bec de lièvre et division congénitale du palais.* LONG, p. 58.
- Bégaiement chez une hystérique (Présentation d'un cas de).* SEEMANN, p. 65.
- Bismuthées (Sur les injections) solubles.* LACAPÈRE, p. 1106.
- Blastomycose (Un cas de).* BUDDEN, p. 249.
- Blessures du cou par des instruments piquants et tranchants à la suite de suicide.* HAJEK, p. 124.
- Bouche (Deux cas de tuberculose de la).* OLRICH, p. 725.
- Bourdonnements d'origine vasculaire (A propos de la compression digitale des artères vertébrales dans les).* DUNDAS GRANT, p. 708.
- Bourgeon incisif (La syphilis tertiaire du).* NICOLAS, MASSIAS, DUPASQUIER, p. 502.
- Branchiomes du cou (Les).* TRUFFERT, p. 124.
- Branchiomes du cou.* TRUFFERT, p. 251.
- Bronchoscope (Corps étranger enlevé avec le).* JANUSCHKOWSKY, p. 198.
- Bronchoscope inférieure (Sifflet dans la bronche gauche).* BÉRARD et SARGNON, p. 496.
- Broncho-œsophagoscopie (De quelques points essentiels de la technique en).* GUISEZ, p. 889.
- Brûlures (Suite de) à l'acide sulfurique chez un malade atteint de laryngite syphilitique.* CAREY, p. 194.
- Calcul du canal de Warthon.* BORNEA, p. 619.
- Calorique (Une nouvelle technique de la réaction).* ZADVISKA, p. 352.
- Calorique (Secousses fibrillaires dans le territoire d'un facial paralysé au cours de l'épreuve calorique).* ATTWENGER, p. 964.
- Canal cranopharyngien (Signification du).* GILSER, p. 455.
- Canaux semi-circulaires externes (Importance de l'inexcitabilité des) à l'eau froide dans le diagnostic de l'hypertension de la fosse cérébrale postérieure.* WELS EAGLETON, p. 476.
- Canaux semi-circulaires (Réflexes des) sur les extrémités du lapin.* GRAHE, p. 1197.
- Cancer du toit du cavum avec métastase dans l'espace carotidien.* MACLAY, p. 339.
- Cancer du larynx (A propos du).* MACKENTY, p. 1068.
- Cancer (L'état actuel du problème du).* ROUSSY, p. 726.
- Cancer de la base de la langue opéré. Métastases ganglionnaires ayant rétro-cédé par la radiothérapie.* HEINDL, p. 711.
- Cancer de la langue ayant envahi le plancher de la bouche et la lèvre inférieure sans adénopathie.* HARTMANN KEPPEL, p. 745.
- Cancers intrinsèques du larynx (Quatorze cas de) (projection des coupes histopathologiques).* FRASER, DONALD WATSON, p. 755.
- Cancers laryngés intrinsèques avec démonstration histologique (Quatorze cas de)!* FRASER et DONALD WATSON, p. 452.
- Cancer laryngé intrinsèque chez une femme, guéri par laryngectomie totale* DUNDAS GRANT, p. 452.



- Cancers laryngés intrinsèques (Quatorze cas de). FRASER et DONALD WATSON, p. 706.
- Cancers laryngés (Quatorze cas de) intrinsèques opérés. FRASER et WATSON, p. 1070.
- Cancer du larynx traité par radium-puncture. MAYERSOHN, p. 610.
- Cancer du larynx (Valeur de la biopsie dans le diagnostic du). WOLFF, p. 852.
- Cancer du larynx (Le traitement chirurgical du). MACKENTY, p. 755.
- Cancer du nez et de la gorge et traitement par le radium (Présentation de deux malades). RALPH BUTLER, p. 712.
- Cancer de l'œsophage (Deux cas de) avec diagnostic précoce par l'œsophagoscopie. BRATTSTÖM ERYK, p. 123.
- Cancer de la pyramide nasale et de l'orbite. Opération. Méningite. Guérison par la vaccination staphylococcique. HOFER, p. 202.
- Cancer pharyngo-œsophagien. KULIKOWSKI, p. 200.
- Cancer primitif du poulmon. PALIARD et DECHAUME, p. 498.
- Cancer (Les résultats opératoires du) sont-ils meilleurs qu'il y a vingt ans ? PATERSON, p. 623.
- Cancéreux (Sur la signification biologique et sur la valeur diagnostique du quotient albuminoïde du sérum sanguin chez les). GUSSTO, p. 622.
- Canine supérieure dans l'antre d'Higmore. PEGG, p. 108.
- Carcinome intra-buccal (Le traitement conservateur des ganglions du cou dans le). DOUGLAS QUICK, p. 233.
- Carcinome pédiculé du tympan. GEMACH, p. 968.
- Cardioplastie pour cardiospasme. WATTS, p. 889.
- Cardiospasme A propos du). CHEVALIER-JACKSON, p. 245.
- Cardiospasme de l'œsophage. Gastrotomie d'urgence. Dilatation. Guérison. GOT et LOUBAT, p. 379.
- Cardiospasme. VAMPRE, p. 760.
- Cavités pneumatiques de la tête (La signification morphologique des). WEIDENREICH, p. 852.
- Cellulite chronique de la face. ARCHER, p. 336.
- Céphalée d'origine sinusienne. ALQUIER, p. 368.
- Céphalée d'origine sphénoïdale. Trépanation des sinus sphénoïdaux. Guérison. BARRÉ et CANUYT, p. 737.
- Céphalée rebelle chez une femme de 40 ans. FALLAS, p. 942.
- Cérébelleux (Des abcès) au cours des thrombophlébites du sinus latéral. FESAR, p. 68.
- Cérébelleux (Morphologie et développement de l'abcès). FREMEL, p. 82.
- Cérébelleux (Abcès) ; coma subit et apnée ; guérison après opération avec respiration artificielle. SYDNEY SCOTT, p. 327.
- Cérébelleux (Abcès) cinq semaines après le début d'une otite aiguë droite. SYDNEY SCOTT, p. 328.
- Cérébelleux (Remarques diagnostiques et thérapeutiques à propos de deux cas d'abcès). PRECECHTEL, p. 352.
- Cérébelleux (Abcès du pédoncule) après évidemment. STRUCKEN et QUIX, p. 455.
- Cérébelleux (Deux cas de guérison d'abcès). HARPER, p. 858.
- Cérébelleux (Abcès). HOFFMANN, p. 964.
- Cérébelleux (Abcès) à siège particulier. Otite moyenne chronique. SCHLANDER, p. 968.
- Cérébelleuses (Les épreuves labyrinthiques dans le diagnostic des affections). SELLING et KISTNER, p. 220.
- Cérébelleuses (Les lésions) cliniques et expérimentales. LASAGNA, p. 95.
- Cérébelleuse (Atteinte) sans manifestation clinique dans un cas de thrombose du sinus latéral. Guérison après ablation du sinus et de sa couverture dure-mérienne. JENKINS, p. 948.
- Cérébral (A propos d'un cas d'abcès). ROCH, p. 57.
- Cérébral (Un cas d'abcès). JOBSON, p. 971.
- Cérébral (Abcès), les signes de localisation et symptômes. PATRICK, p. 1072.
- Cérébral (Abcès) otogène, les voies de propagation. FREMEL, p. 1195.
- Cérébraux (Hernies et fungus) d'origine optique. SARGNON, p. 440.
- Cérébrales (Localisation des tumeurs). GRANT, p. 474.
- Cérébral (Diagnostic des tumeurs). BLOHNKE, p. 82.
- Cerveau (L'abcès du). BAGLEY, p. 466.
- Cerveau (Etude neurologique d'un cas d'abcès du). BARRÉ, p. 466.
- Cerveau (Abcès du) d'origine otique, survenant après la guérison de la suppuration de la caisse. HENINS.

- Cerveau (Inflammations du) et des méninges d'origine oto-rhinologique.  
Anatomie pathologique : SIMONDS, p. 1071.  
Diagnostic : GRINKER, p. 1072.  
Lésions du fond de l'œil : SUKER, p. 1073.  
Modifications du liquide céphalo-rachidien. SINGER, p. 1073.  
Traitement opératoire : EAGLETON, p. 1073.
- Cervelet (Un symptôme inhabituel d'abcès du). BRUGGEMANN, p. 82.  
Cervelet (Morphologie et accroissement de l'abcès du). FREMEL, p. 95.  
Cervelet (un cas d'hématome du) communiquant avec le sinus sigmoïde. Importance diagnostique de la paralysie faciale dans les lésions cérébelleuses. CITELLI, p. 139.  
Cervelet (Cas d'un kyste du lobe médian du) avec conservation de la réaction typique de la chute. KOMPANEYETZ, p. 995.  
Cervelet (Kyste du) diagnostiqué, opéré et guéri. BARRÉ, STOLZ, CAHN, p. 1104.  
Cervelet (Tumeur du). Intervention. BENECH et GUILLEMIN, p. 995.  
Cervelet humain (Localisation dans l'écorce de l'hémisphère du). BARANY, p. 874.  
Cervelet (Les espaces méningés du), les communications du IV<sup>e</sup> ventricule avec les espaces sous-arachnoïdaux, l'aqueduc du limaçon chez l'homme. KARL-FORS, p. 989.
- Chancre de la gencive. CHOMPRET, p. 884.  
Chancre primitif de la gencive. Tuméfaction du toit du cavum et des ganglions occipitaux. SUCHANECK, p. 711.  
Chancre syphilitique de la langue. BURNIER, p. 885.  
Chant (Le rôle du laryngologiste en matière de). CANUYT, p. 493.  
Chant (Observations cliniques à propos de la valeur de la résonance nasale dans le). MÖLLER, p. 1139.
- Chéloïde rétro-auriculaire. NEUMANN, p. 87.  
Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. LAURENS, p. 1112.  
Choanes (Atrésie congénitale des). LEBENSOHN, p. 876.  
Choanale (Atrésie bilatérale). VYMOLA, p. 983.  
Choanes (Atrésie congénitale des). LEBENSOHN, p. 866.  
Choane (Fibrome de la) végétations adénoïdes, ulcérations tuberculeuses. VYMOLA, p. 62.  
Choanale. Imperforation congénitale (1 cas). HENNEBERT, p. 589.  
Choanal (Polype). KLAUDYCH, p. 200.  
Choanal (Polype). SHUKOWAKY, p. 200.  
Cholestéatome de la base du cerveau, évoluant sous l'aspect d'une tumeur de l'hypophyse. M. MEYER, p. 82.  
Cholestéatome de la mastoïde (Radiographie d'un cas de). COLLET et GAILLARD, p. 462.  
Cholestéatome juxta-thyroïdien, développé à la périphérie d'un goitre kystique. DELORE et DUNET, p. 250.  
Cholestéatome (Transformation fibromateuse de) simulant un néoplasme de l'oreille. DAN M'KENZIE, p. 709.  
Cholestéatome du conduit auditif. GATCHER, p. 965.  
Chondromatose du squelette avec grand chondrome de l'éthmoïde. STOLZ et FONTAINE, p. 735.  
Chondrome malin du rhino-pharynx. Opération puis traitement par le radium. GROSSMANN, p. 458.  
Cicatrices vicieuses (Un cas de) des fosses nasales du pharynx, et paralysie de la corde vocale. TSETSU et FOTIADE, p. 1077.  
Cinématographie en otologie. FISCHER, p. 80.  
Clinique et iconographie médico-chirurgicales des maladies de la face et du cou. ABOULKER, p. 209.  
Cloison (Angiome de la). BERMA, p. 719.  
Cloison nasale (Ulcération de la). P. FRANKLIN, p. 1097.  
Cloison nasale (Étude complémentaire sur la provenance des déformations physiologiques de la). SERIER, p. 1127.  
Cocaïne et autres corps qui peuvent la remplacer. WATSON WILLIAM, p. 621.  
Cocaïne (Les succédanés de la). DALE, p. 986.  
Cocaïne (Le traitement de l'intoxication aiguë par la). WISKOVSKY, p. 982.  
Cocaïne (Recherches expérimentales sur les notes d'application de la) sur les muqueuses. LOOBELL, p. 1194.  
Cochléaire (Les troubles fonctionnels dans la syphilis du). KHASSNIG, p. 81.  
Concrétions amygdaliennes (Causes et pathogénie des). WELLER, p. 866.

- Conduction osseuse (La), une nouvelle épreuve pour sa compréhension. RUNGE, p. 467.
- Conduit (Atrésie bilatérale du), consécutive à un eczéma chronique. HAARDT, p. 968.
- Conduit auditif externe (Exostose pédiculée du). DAHLSTROM, p. 91.
- Conduit auditif externe (Syphilis du). CHILOW, p. 200.
- Conduit auditif externe avec bacille de Vincent (Ulcération du). BERNEA, p. 619.
- Conduit auditif osseux (Fracture de la paroi antérieure du). O. BECK, p. 964.
- Contracture de convergence des globes oculaires par pression sur le tragus au cours d'une suppuration auriculaire. HAARDT, p. 965.
- Corde vocale (Contribution à l'étude du cancer de la) et son traitement par la thyrotomie. DELPÉRIER, p. 109.
- Cordes vocales (Mouvements inverses des). WISKOWSKY, p. 373.
- Corde vocale (A propos d'une fonction de la) non décrite jusqu'à présent NÉGUS, p. 494.
- Cordes (Paralysie bilatérale des) secondaire à un néoplasme du sein. SAINT-CLAIR THOMSON, p. 495.
- Cordes vocales (Vergetures des), séquelles de laryngite chronique. GAREL, p. 757.
- Corde vocale droite (Tuméfaction de la) et de la région sous-glottique correspondante. HARPER, p. 858.
- Corde vocale gauche (Trois cas de paralysie de la). FALLAS, p. 932.
- Cordite hypertrophique postérieure : présentation de malade. MOULONGUET, p. 1092.
- Cornectomie bilatérale inférieure (Otite moyenne aiguë avec mastoïdite consécutive à une). STEPHEN YOUNG, p. 861.
- Cornet inférieur (Méthode pour l'ablation du). STRANDBERG, p. 734.
- Cornet inférieur hypertrophique (Etude anatomo-pathologique du). D'ONOFRIO, p. 996.
- Cornet moyen (Un cas de dégénérescence du). WRIGHT, p. 1094.
- Cornet moyen (Présentation d'un cas de déplacement du). G. WOOD, p. 1183.
- Corps étrangers des bronches et de l'œsophage. BOOT, p. 58.
- Corps étranger de la bronche droite. JANUSCHKOWSKI et LUKASCHKIN, p. 200.
- Corps étranger, extraction d'une aiguille et de son fil de la bronche gauche. V. EICKEN, p. 84.
- Corps étrangers des bronches. GINNIS, p. 955.
- Corps étranger bronchique (Communication d'un cas d'emphysème médiastinal et sous-cutané à la suite de l'aspiration d'une fève dans la bronche droite, Guérison après extraction du corps étranger par bronchoscopie pérorale. WISKOWSKY, p. 117.
- Corps étrangers multiples broncho-pulmonaires droits anciens, avec dilatation purulente. Expulsion spontanée en trois temps. Evacuation endoscopique de l'abcès bronchopulmonaire. Guérison actuelle. SARGNON, p. 376.
- Corps étranger, bronche droite d'un enfant (Tube de verre brisé). VANDERVEKEN, p. 588.
- Corps étrangers des bronches et de l'œsophage (Quelques cas de). VAN DEN WILDENBERG, p. 594.
- Corps étrangers des bronches et de l'œsophage. WISKOWSKY, p. 984.
- Corps étranger de la bronche droite (Extraction d'un). BEEVOR, p. 1095.
- Corps étrangers des bronches (De l'importance de l'examen radioscopique des poumons dans les) TENIER et LEVESQUE, p. 1211.
- Corps étranger (Chiffon dans la fosse nasale). COSTINI, p. 609.
- Corps étrangers (L'extraction des) de grande dimension situés dans la gorge, PATERSON, p. 332.
- Corps étranger laryngo-œsophagien (Aiguille et son fil). MAYERSOHN, p. 615.
- Corps étranger du larynx (Injection d'une aiguille). COSTINI, p. 616.
- Corps étrangers du larynx et hémoptysie. DAVID-GALATI, p. 720.
- Corps étranger intralaryngien bien supporté. TÊTU, p. 1075.
- Corps étranger dans le larynx : « tire-nerfs ». BERNEA, p. 1077.
- Corps étranger de l'œsophage. WESELY, p. 85.
- Corps étrangers de l'œsophage (Contribution au diagnostic des). ROTH, p. 457.
- Corps étrangers de l'œsophage (4 nouveaux cas). SARGNON, p. 498.
- Corps étranger œsophagien avec abcès. DAVID-GALATI, p. 720.
- Corps étrangers œsophagiens et bronchiques enlevés par broncho-œsophagoscopie. GUISEZ, p. 759.
- Corps étranger de l'œsophage. CAVANAUGH, p. 865.
- Corps étranger séjournant dans l'œsophage depuis deux ans. HECHT, p. 984.

- Corps étrangers de l'œsophage. BENSAUDE et RACHET, p. 1013.
- Corps étranger de l'œsophage (Un cas étrange de) avec sténose œsophagienne. PESCHARD, p. 1113.
- Corps étranger (Suppuration du poumon causée par le séjour prolongé d'un). CHEVALIER-JACKSON, p. 758.
- Corps étranger de la trachée. HARBOE, p. 61.
- Corps étranger (Enclavement d'un son dans une perforation trachéo-œsophagienne chez un nourrisson de trois mois. BANKS-DAVIS, p. 73.
- Corps étrangers (2) de la trachée d'un enfant de trois ans. BANKS-DAVIS, p. 73.
- Corps étranger de la trachée chez un enfant de 6 mois (Extraction). SMURTHWAITE, p. 194.
- Corps étranger des voies aériennes supérieures. HASLINGER, p. 85.
- Corps étrangers des voies aériennes et de l'œsophage. Etude clinique. GRAHAM, p. 244.
- Corps étrangers de grande dimension de la gorge (Le traitement des). PATERSON, p. 377.
- Corps étrangers des voies respiratoires supérieures et digestives hautes, observés de février 1923 au début de mars 1924 (Statistique des).* SARGNON, p. 780.
- Coryza atrophique et sinusite sphénoïdale. LIÉBAULT, p. 591.
- Crâne (Hypertrophie diffuse des os du) et de la face. Leontiasis ossea. Dégénérescence sarcomateuse du maxillaire inférieur, origine endocrinienne probable. DURAND, p. 504.
- Crâne (Un cas de fracture du). GORIS (fils), p. 956.
- Cures (Les) arsenicales en O.-R.-L. Leurs indications et leur mode d'action. PIERRET, p. 986.
- Cures arsenicales en O.-R.-L. PIERRET, p. 1111.
- Curiethérapie dans un cas de fibrosarcome du voile. BHAYSHAW-GILHESPY, p. 454.
- Curiethérapie (La) de surface par les appareils moulés. Son application aux cancers buccaux et cervico-faciaux. Travail du service de curiethérapie de l'hôpital Tenon.* MALLET et PSAUME, p. 785.
- Curiethérapie (Des lésions vasculaires causées par la). MARTIN et DECHAUME, p. 1106.
- Cylindromes en O.-R.-L. DE STELLA, p. 589.
- Cylindrome dans le pharynx et le voile du palais. THRANE, p. 725.
- Dacryocystomie de Dupuy-Dutemps et Bourguet (A propos de). MARBAIX, p. 590.
- Dégénérescence neuro-épithéliale (Nouvelle contribution au développement et la signification fonctionnelle de la). RUNGE, p. 81.
- Dents d'Hutchinson frustes. MOURIQUAND et DECHAUME, p. 502.
- Dent ayant évolué dans le nez, la racine en bas, la couronne en haut. VASILIU, p. 617.
- Dentaire (Les effets de l'infection) sur le reste du corps. THOMA, p. 1069.
- Dentaire (Gros kyste) du maxillaire supérieur. GLAS, p. 1192.
- Diathermie dans les cancers de la bouche, du pharynx et du nez. PATTERSON, p. 89.
- Diathermie (L'emploi de la) chirurgicale dans les affections malignes de la gorge. SYME, p. 237.
- Diathermie (Quelques cas de lupus et de cancers pharyngés traités par la). TURNER, p. 337.
- Diathermo-coagulation (Contribution au traitement des symphyse vélo-pharyngées par la). BOURGEOIS et POYET, p. 952.
- Diphthérie (A propos du diagnostic de la). Relations de la clinique et du laboratoire. DUFOURT, p. 372.
- Diphthérie (Paralysie à localisation rare). LÉPINE et SÉDALLIAN, p. 490.
- Diphthérie (L'adénite sérique-accidents de la sérothérapie antidiphthérique. MOURIQUAND et DECHAUME, p. 490.
- Diphthérie localisée à aspect gangréneux Paralysie unilatérale du voile du palais et du constructeur supérieur du pharynx du même côté que l'angine. BOURGEOIS et AUBIN, p. 689.
- Diphthérie primitive de l'oreille moyenne. KEIFFER, p. 1115.
- Diphthérique (Quelques mots sur l'affection) et surtout la diphthérie primitive du nez. PANAYOTATOU, p. 363.
- Diphthériques (De la conduite à tenir vis-à-vis des porteurs de germes) VERNIEUWE, p. 747.
- Diverticules de l'œsophage. FAIRIN GOLLAN, p. 118.
- Diverticule par pulsion (Neuf cas de). SCHMIDT, p. 118.



- Diverticule épiphénique de l'œsophage (Un cas de). CHASSARD, p. 378.
- Diverticules multiples de l'hypopharynx et de l'œsophage. VERNIEUVE, p. 594.
- Diverticules multiples de l'hypopharynx et de l'œsophage. VERNIEUVE, p. 760.
- Diverticule par traction pulsion, obliquement descendant, de la paroi antéro-latérale droite de l'œsophage chez une fillette de 8 ans, morte de péritonite appendiculaire au cours d'une rougeole. FERRY, p. 761.
- Diverticules de l'œsophage (Sur les) les diverticules de fistulisation. GERY, p. 761.
- Diverticules de Zenker (A propos du diagnostic des). GARNIER, p. 500.
- Dilatateur de la glotte (Sur la paralysie isolée du). CISLER, p. 658.
- Dysphagie (Une cause rare de), la longueur anormale de l'apophyse styloïde. SCHERCKE, p. 887.
- Dysphagie laryngée; son traitement par les instillations nasales. LAVRAND, p. 1140.
- Dysphagie œsophagienne par compression ganglionnaire dans un cancer du poumon. RENDU, p. 1014.
- Eczéma (Traitement de l') par l'ionoïde d'arsenic. LACAPÈRE, p. 728.
- Electro-coagulation dans le traitement des amygdales malades. NOVAK, p. 234.
- Empyème de la mastoïde et de l'apophyse zygomatique au quatrième jour d'une otite aiguë. BECK, p. 60.
- Encéphalite aiguë (Troubles oculo-labyrinthiques, paralysie de la partie sensitive de la X<sup>e</sup> paire, emphyseme en collier au cours d'une). SPINNHIRNY et REYS, p. 704.
- Encéphalite chronique épidémique (Sur quelques rares manifestations à forme bulbaire de l'). BILANCIONI et FUMAROLA, p. 1010.
- Encéphalite épidémique (Paralysie totale des mouvements associés d'élévation et d'abaissement du regard au cours de l'). ROGER et AUBARET, p. 700.
- Encéphalite léthargique (Observations otologiques dans la récente épidémie d') GAVELLO, p. 97.
- Encéphalite léthargique (Troubles oculaires sensoriels dans l'). AUBINEAU et GRENIER, p. 700.
- Encéphalite otogène avec symptômes typiques d'abcès du lobe temporal, WACKER, p. 53.
- Encéphalo-méningocèle après découverte, sans incision de la dure-mère. RUTTIN, p. 854.
- Endonasale (Les accidents mortels dans la chirurgie). BURGER, p. 363.
- Endoscopique (Remarques sur un cas de phlegmon du cou et abcès de la paroi thoracique consécutifs à la recherche d'une arête de poisson par voie endoscopique. MACLAY, p. 250.
- Endoscopique (Remarques sur un cas de phlegmon du cou et abcès de la paroi thoracique après recherche d'une arête de poisson par voie). MACLAY, p. 340.
- Endothéliomes craniens et intra-craniens. Hémicramosis. PENFIELD, p. 505.
- Endothéliomes des voies respiratoires supérieures (A propos de l'origine épithéliale des). KLESTADT, p. 1205.
- Endothéliomes du nez, du naso-pharynx et de la bouche (Etude de quelques). CALICETI, p. 1209.
- Epiglottle (Kyste de l'). STSCHADRIN, p. 198.
- Epiglottite phlegmoneuse. PREDESCU-RION, p. 1078.
- Epilepsie laryngée. DOUGLASS, p. 1210.
- Epistaxis graves (Le traitement local des). BRUDER, p. 362.
- Epistaxis grave consécutive à une ulcération syphilitique de la cloison. PREDESCU-RION, p. 1080.
- Epithélioma basocellulaire développé sur une excoriation traumatique du sillon rétro-auriculaire qui était la cause d'érysipèles à répétition. PIERRE, p. 625.
- Epithélioma de la corde vocale gauche; ulcération. JEWELL, p. 1096.
- Epithélioma basocellulaire intratrachéal. Extirpation par voie endotrachéale. VAN DEN WILDENBERG, p. 960.
- Epithélioma de la joue traité par la radiumpuncture, BONNET et MICHON, p. 371.
- Epithélioma de la langue guéri pendant quatorze ans après traitement chirurgical. Récidive adhérente au maxillaire traitée par le radium. BÉRARD, p. 372.
- Epithéliomas étendus de la langue et du plancher de la bouche (La technique opératoire des). SØRENSEN, p. 744.
- Epithélioma de la langue traité par la diathermie (Un cas d'). HOWIE, p. 860.
- Epithélioma perlé de la pointe de la langue, enlevé par le cautère froid. HEYNINX, p. 933.
- Epithélioma en apparence (Traitement d'un) laryngé (syphilis possible) par les rayons X, guérison complète. SAINT-CLAIR THOMSON, p. 192.

- Epithéliomas du larynx (Les formes cliniques atypiques des). HAJEK, p. 753.  
 Epithéliomas laryngés (Le traitement intralaryngé des). FINDER, p. 754.  
 Epithélioma laryngé à évolution favorable. WEILL, p. 1192.  
 Epithéliomas multiples primitifs (A propos des). GROSMANN, p. 754.  
 Epithélioma du nez et de la région auriculaire avec paralysie faciale. CANUYT et TERRACOL, p. 1103.  
 Epithélioma sébacé. LEROUX et CORNIL, p. 754.  
 Epithéliomas des premières voies respiratoires et digestives traités par le radium (Considérations sur quelques cas d'). QUANQUIN, p. 742.  
 Epithélioma du voile et du palais antérieur. WILLIAM MILLIGAN, p. 334.  
 Epreuves d'audition chez les sujets « normaux ». BUNCH, p. 1198.  
 Epreuve de l'indication de Barany, d'après les travaux récents. REYS, p. 468.  
 Epreuve calorique (Contribution au vertige vaso-moteur et à la possibilité de l'origine vasculaire de l'). SZASZ, p. 1197.  
 Epreuve du diapason de Glas dans les suppurations sinusiennes. GLAS, p. 365.  
 Epreuve du fil à plomb; présentation d'un appareil. BARRÉ, p. 696.  
 Erésypèle de la face par les injections sous-cutanées de lait (Traitement de l'). CHALIER et DEYAQUES, p. 380.  
 Erysipèle (L') des voies respiratoires et de l'oreille. REINKING, p. 1114.  
 Eternuement (L'). WEILL, p. 945.  
 Ethmoïdal (Mucocèle du labyrinthe). ALEXANDRIN, p. 200.  
 Ethmoïde postérieur et sphénoïde (Infection bilatérale de l'). FALLAS, p. 931.  
 Ethmoïde (Sarcomes de l'). MACKENSIE et WELLS, p. 109.  
 Ethmoïdite suppurée avec phlegmon orbitaire. KAN, p. 456.  
 Eustache (Nouvelle méthode de fermeture de la trompe d'). PIERCE, p. 58.  
 Evidement pétro-mastoidien (Ablation d'un séquestre de l'orifice tubaire pendant un). JUST, p. 329.  
 Evidement pétro-mastoidien sans plastique. BARANY, p. 605.  
 Evidement partiel (Présentation d'un malade opéré d'un). BOURGEOIS, p. 657.  
 Evidement pétro-mastoidien partiel sans plastique. JOUET, p. 704.  
 Evidement pétro-mastoidien pansé à l'ambrine. LIÉBAULT, p. 705.  
 Evidement partiel (Présentation de préparations anatomiques d'). SÉBILEAU et TRUFFERT, p. 862.  
 Evidement pétro-mastoidien (Recherches sur les résultats de l'). HENIUS et SCHOUSBOE, p. 868.  
 Evidement pétro-mastoidien (Résultats auditifs de l'). BJORKMAN, p. 868.  
 Evidement pétro-mastoidien bilatéral dont l'un pour otite cicatricielle adhésive. Amélioration de l'audition. MOURE et LIÉBAULT, p. 946.  
 Evolution des cavités nasales et sinusiennes en rapport avec leurs fonctions. O. MALLEY, p. 333.  
 Exophtalmie pulsatile traumatique (A propos d'un cas d'). STULZ, p. 943.  
 Exophtalmie (L'). ROLLET, p. 1130.  
 Exostoses endocraniennes coexistant avec une otosclérose. DEUTSCH, p. 88.  
 Exostoses multiples des sinus de la face. MÖLLER, p. 1191.  
 Expérimentale (Étude) des lésions de l'oreille par excitation sonore. KIMURA, p. 995.  
 Extraction d'une balle de revolver logée dans la base du crâne. JAUQUET, p. 930.  
 Faciale (Parésie) rapidement disparue. BORRIES, p. 724.  
 Fermeture des ouvertures rétro-auriculaires permanentes. BLUMENTHAL, p. 457.  
 Fibrome de la base du crâne. JANUSCHOWARY et UNDRITZ, p. 200.  
 Fibrome de la langue (18 ans), énucléation. DELORE et DUNET, p. 371.  
 Fibrome nasopharyngien (Étude clinique et anatomopathologique du). GOLDSMITH, p. 370.  
 Fibromes nasopharyngiens chez la femme (Contribution à l'étude des). ALONSO, p. 882.  
 Fibrome basilaire (Polype nasopharyngien typique). Tumeur d'origine squelettique. COENON, p. 883.  
 Fibrome du nez (Un cas de). POWELL, p. 193.  
 Fibrome du pharynx (Deux cas de). HARBOE, p. 61.  
 Fibrome rétro-nasal sous-muqueux. HARPER, p. 857.  
 Fièvre typhoïde et les affections de l'appareil auditif au cours de cette maladie. ZEIDLER, p. 629.  
 Finsentherapie (La) et ses résultats dans la tuberculose nasale et laryngée. STRANDBERG, p. 480.

- Fistule (Étude clinique du signe de la) et de la pseudofistule. NYLÉN, p. 99.
- Fistule (Signe de la) d'Hennebert bilatéral et exclusion labyrinthique au cours d'une syphilis héréditaire. Retour des restes auditifs après injections de pilocarpine. URBANTSCHITSCH, p. 619.
- Fistule semi-circulaire osseuse guérie. RUTTIN, p. 854.
- Fistule du cou congénitale, associée à un chondrome de la base cervicale du même côté. HEYNNIX, p. 936.
- Fistule labyrinthique au cours d'une otite aiguë. Vertiges par compression. RUTTIN, p. 966.
- Fistule tuberculeuse ganglio-œsophagienne. GERY, p. 762.
- Fosses nasales (Absès d'origine dentaire). DAVID-GALATI, p. 835.
- Fosses nasales (Un cas d'occlusion congénitale cutanéomembraneuse des orifices antérieurs des). MAYERSOHN, p. 608.
- Fracture isolée de la base du crâne et méningite traumatique consécutive. NAGER, p. 56.
- Fronto ethmoidales (Trois complications de suppurations). BRATS, p. 456.
- Furunculose (L'autohémothérapie dans la). NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER, p. 728.
- Ganglion cervical d'un homme atteint de laryngite chronique (coupe histologique). KELSON, p. 1096.
- Gangrène primitive du pharynx. VAN CANEGHEM, p. 960.
- Gerlach (Considérations sur la maladie de). PREDESCU, p. 614.
- Glio-épendyome du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule pris pour un abcès cérébelleux dans une otite moyenne chronique bilatérale suppurative. JUST, p. 329.
- Gliome périphérique du-nerf grand sympathique cervical. STULTZ, p. 698.
- Glossodyn (Un cas de) avec amygdalite linguale concomitante, guérie par anesthésie du ganglion sphéno-palatin. SLUDER, p. 1069.
- Glosso-pharyngien (La névralgie du) du point de vue de rhinologiste. LILLIE, p. 1070.
- Goîtres intratrachéaux (Des). HUG, p. 53.
- Goitre malin et tumeur du cou avec déviation du larynx. TESAR, p. 64.
- Goitre (Le problème du) et la notion des « focal infections ». PUGNAT, p. 132.
- Goitre intra-trachéal. GROSSMANN, p. 453.
- Goitre annulaire péritrachéo-œsophagien. DUNET, p. 503.
- Goîtres (origine amygdalienne de certains). AUBRIOT, p. 1146.
- Goitrectomie et incontinence nocturne d'urine. HELSMOORTEL, J. p. 1212.
- Gomme laryngée chez un enfant de 10 ans. SEBERLING, p. 715.
- Gommes tuberculeuses de la joue (Présentation d'une malade atteinte de). MOULONGUET, p. 1031.
- Gommeuse (Infiltration) de l'épiglotte et de la moitié droite du larynx. GLAS, p. 1192.
- Gorge (Une variété du mal de) WRIGHT, p. 233.
- Gradenigo (Syndrome de). PIETRI, p. 214.
- Granulome inguinal (Un cas de) associé à des lésions des lèvres, du pharynx et du larynx. HUNTER, p. 1186.
- Granulosis (Un cas de) rubra nasi. HUGEL, p. 1127.
- Greffes osseuses (Note sur les) : le rôle du greffon. IMBERT, p. 1015.
- Gustative (La sensibilité) de la moitié antérieure de la langue dans les otites et les mastoïdites. D'ONOFRIO, p. 991.
- Héliothérapie dans la tuberculose laryngée. LESOURD, p. 663.
- Héliothérapie (L') laryngée, et la cure climatérique de la tuberculose pulmonaire. DUMAREST, COLBERT PHILIP, p. 751.
- Héliothérapie (Traitement de la tuberculose laryngée par l'). DARABAN, p. 1140.
- Hémangiome de la corde vocale droite. ARNOLD JONES, p. 375.
- Hématologie ; son importance en O.-R.-L. GUISANI, p. 988.
- Hématose du palais osseux après résection sous-muqueuse de la cloison. POE, p. 986.
- Hémato-tympa post-traumatique avec paralysie faciale et lésion cochléo-vestibulaire. FORSCHNER, p. 968.
- Hémilaryngectomie (Deux cas de). GORIS (père), p. 956.
- Hémiplégie après insufflation d'air dans le sinus frontal. HARTOG, p. 456.
- Hémiplégie, aphasie, et cécité passagères chez un sujet atteint d'insuffisance aortique. BARRÉ et CAHN, p. 1104.
- Hémisudation frontale avec rhinorrhée du même côté. HALPHEN, p. 1082.
- Hémorragie mortelle artérielle dans le cancer. MONTCHIK, p. 186.
- Hérisingiome de l'épipharynx. LEPIEN, p. 85.

- Herpès otique (Un cas d'). HORACE RICHARDS, p. 870.  
 Histoire de l'O.-R.-L. en Roumanie. COSTINIU, p. 611.  
 Histologiques (Préparations) 17 d'un diaphragme, 27 d'une atrésie choanale congénitale. MENZEL, p. 85.  
 Hypernéphrome avec métastases labyrinthiques. RUMINEL, p. 1190.  
 Hypopharyngoscopie (Perfectionnement à ma méthode d'). BRUGGEMANN, p. 77.  
 Hypopharynx (Radium et épithélioma de l'). BARBEY, p. 53.  
 Hypopharynx (Tumeur de l'). VAN DEN WILDENBERG, p. 593.  
 Hypophysaire (Influence de la glande). NEUMANN, p. 613.  
 Hypophysaire (Néoplasme de la région), syndrome adiposo-génital. CANUYT et TERRACOL, p. 732.  
 Hypophysaire (Kyste) opéré par Cushing. KUTVIRT, p. 983.  
 Hypophyse (Les voies d'abord de l'). ROUGET, p. 16.  
 Hypophyse (Tumeur de l'). KUTEPOFF, p. 209.  
 Hypophyse (Stase papillaire et tumeur de l') considérations cliniques et thérapeutiques. VELTER, p. 698.  
 Hypophyse (Contribution à la chirurgie de l'). SEGURA, p. 732.  
 Hypophyse (Les signes oculo-orbitaires des maladies de l'). BUSSY, p. 1126.  
 Hydrorrhée nasale. HUTTER, p. 202.  
 Hydrorrhées nasales (Les). ROBERT LEROUX, p. 362.  
 Hystérique (Douleur spontanée et à la pression de la mastoïde d'origine). HOËR, p. 201.  
*Ictus laryngé (Traitement de l') par l'alcoolisation du laryngé supérieur.* HALPHEN et AUBIN, p. 926.  
 Immobilisateur lingual. SAMENGO, p. 621.  
 Index (Absence de déviation de l') un an après un traumatisme cranien. URBANTSCHITSCH, p. 459.  
 Infections aiguës de la gorge et du système respiratoire (Etude sur les). SMILEY, p. 746.  
 Infection (A propos de l'influence de l') ; les moyens de la combattre. PEMBERTON, p. 1185.  
 Injections intra-trachéales (A propos des auto-). Présentation d'un appareil. MEYER, p. 242.  
 Injections d'auto-sang hémolysé en oto-rhino-laryngologie. DESCARPENTRIES, p. 461.  
 Inoculation vaccinale accidentelle du pavillon et du conduit auditif externe. KAN, p. 456.  
 Inscription des mouvements réactionnels. WEILL, p. 450.  
 Instruments (Présentation d') pour ablation des polypes solitaires ou choanaux. CABOCHE, p. 197.  
 Instruments (Présentation d') Modification de la pipe de Delbet. MOULONGUET, p. 950.  
 Insuline (L') trouve-t-elle son application en chirurgie O.-R.-L. ? VERNIEUWE, p. 957.  
 Intoxication cocaïnique (Etude de l'action du calcium sur l'). FRANK et STRAUSS, p. 212.  
 Iodure de potassium (Effets produits sur les tissus par l'administration d') et l'application locale et simultanée de poudre de calomel. Etude expérimentale, KÖNIG, p. 196.  
 Irradiation (Les bases de la technique d') dans les tumeurs malignes du nez, des oreilles et du larynx. RAPP, p. 851.  
 Irradiation dans la tuberculose laryngée (Technique de l') WEISS, p. 852.  
 Joint (Un bon) de seringue à aiguille. PÉRIER, p. 687.  
 Jugulaire externe (Varice de la veine). DAVID-GALATI, p. 720.  
 Kyste adamantin uniloculaire de la branche montante du maxillaire inférieur avec formation microkystiques intrapariétales. SANTY et DUNET, p. 380.  
 Kyste amygdaloïde à épithélium prismatique cilié. TOURNEUX et LEFEBVRE, p. 892.  
 Kyste cervical branchial. JELANSKY, p. 198.  
 Kyste dentaire (Dégénérescence maligne d'un) chez un enfant de 14 ans. GUTTICH, p. 83.  
 Kyste dentaire. JANUSCHKOWSKY, p. 198.  
 Kyste dentifère double aux maxillaires supérieurs. Radiographie LUST, p. 588.  
 Kyste dentaire du maxillaire supérieur droit. GLAS, p. 711.  
 Kyste dentaire développé au niveau d'une dent de lait. LEMAITRE, 1092.  
 Kyste dermoïde de l'amygdale. HARPER, p. 858.



- Kyste dermoïde (Présentation de la poche d'un) opéré et se trouvant sur le trajet du canal thyroïdologique. HEYNINX, p. 939.
- Kystes du larynx (Les). E.-D.-D. DAVIS, p. 243.
- Kyste paradentaire à développement endo-nasal. ALOIN, p. 368.
- Kyste paradentaire uniloculaire du maxillaire inférieur. BOSSAERT, p. 930.
- Kyste séreux congénital suppuré à la suite d'une pharyngite diphtéroïde de Vincent chez une fillette. BARAJAS Y DE VILCHOS, p. 762.
- Kyste uniloculaire de la branche montante du maxillaire inférieur. ALIN, p. 1007.
- Laboratoire (Les sciences que les recherches du) peuvent rendre en O.-R.-L. VAN CANEGHEM, p. 573.
- Labyrinthe postérieur (Topographie du). WAGENER, p. 79.
- Labyrinthe (La physiologie expérimentale du). DE KLEIJN, p. 330.
- Labyrinthe (La physiologie expérimentale du). DE KLEIJN, p. 353.
- Labyrinthe. Analyse de quelques manifestations post-rotatoires. KRÉDIL et GASTHIER, p. 353.
- Labyrinthe (Quand faut-il intervenir sur le). L'opération doit-elle être toujours systématisée. PORTMANN, p. 464.
- Labyrinthe (Contribution à la pathologie du) osseux envisagée plus particulièrement au point de vue de l'otosclérose. BRUNNER, p. 630.
- Labyrinthe postérieur (De l'hyperexcitabilité du) dans la méningite séreuse essentielle. FERRERI, p. 730.
- Labyrinthe (Un cas d'absence congénitale du) chez le poulet. HIRSCH, p. 852.
- Labyrinthes (Exclusion totale des deux) au cours d'une otite moyenne aiguë, vraisemblablement post-typhique. RUTTIN, p. 854.
- Labyrinthectomie totale dans un cas de labyrinthe suppurée et d'abcès de la fosse cérébrale postérieure. BASAVILBASO, p. 705.
- Labyrinthique (Arrosion expérimentale de la capsule). STEURER, p. 81.
- Labyrinthique (Ostéite chronique métaplastique de la capsule). HELMANN, p. 82.
- Labyrinthique (Sur le liquide). SZASZ, p. 82.
- Labyrinthiques (perte des fonctions) avec manifestations subjectives légères. Labyrinthostomie. Signes simulant un abcès du cervelet. O. BECK, p. 87.
- Labyrinthique (Contributions cliniques aux affections inflammatoires de la capsule). BENESI, p. 349.
- Labyrinthique (Mécanisme du vertige) produit par influence psychique. SCHUTTER, p. 454.
- Labyrinthique (Trouble systématisé des mouvements associés des yeux et des membres d'origine). TARNEAUD, p. 468.
- Labyrinthique (Un index). DEMETRIADES, p. 711.
- Labyrinthique (Hyperexcitabilité) après un traumatisme crânien. BRUNNER, p. 853.
- Labyrinthiques (Etude des réactions) sur la déviation conjuguée de la tête et des yeux. VINCENT, p. 943.
- Labyrinthiques (Troubles) et perte des mouvements horizontaux des yeux. BARRÉ et DUVERGER, p. 944.
- Labyrinthique (Trépanation). Otite moyenne chronique réchauffée. Méningite. O. BECK, p. 968.
- Labyrinthiques (Le diagnostic des affections). MARX, p. 1190.
- Labyrinthique (Résection) partielle dans la méningite labyrinthique. VOSS, p. 1191.
- Labyrinthiques (Recherches expérimentales sur les réflexes) végétatifs et leur localisation centrale. DEMETRIADES et SPIEGEL, p. 1190.
- Labyrinthite ossifiante (De la) SCHLITZ, p. 55.
- Labyrinthite aiguë bilatérale avec paralysie faciale unilatérale. PREDESCU-RION, p. 617.
- Labyrinthite post opératoire. URBANTSCHITSCH, p. 620.
- Labyrinthite aiguë (Bradycardie dans la). BORRIES, p. 724.
- Labyrinthite séreuse (Le nystagmus dans la). NEUMANN, p. 853.
- Labyrinthite syphilitique tardive et la neuro-labyrinthite syphilitique (Diagnostic différentiel entre la). MACKENSIE, p. 60.
- Labyrinthite hérédo-syphilitique de deuxième génération (Sur une). ANDRY LAURENTIES et LYON, p. 871.
- Labyrinthite subaiguë avec vertige et température persistant longtemps après la trépanation labyrinthique. LEIDLER, p. 964.
- Labyrinthites suppurées (Le traitement chirurgical des) et de certaines lésions non suppurées. W. MILLIGAN, p. 969.

- Labyrinthithes suppurées (Le traitement chirurgical des) et de certaines lésions non suppurées. MILLIGAN, p. 992.
- Labyrinthites inflammatoires (Anatomie pathologique des) et de la tuberculose labyrinthique. MANASSE, p. 1189.
- Labyrinthite (Le traitement opératoire de la) et ses modifications. KUMMEL, p. 1191.
- Labyrinthite séreuse tardive consécutive à une otite moyenne chronique droite suppurée. POLLACK, p. 1193.
- Labyrinthites nécrosantes (La pathogénie des). STEURER, p. 1195.
- Labyrinthite circonsrite (Clinique et évolution de la). SCHANDLER, p. 1196.
- Lacrymal (Plastique du canalicule) inférieur trop incisé dans l'opération de West et Toti. BENJAMINS, p. 456.
- Lacrymales (Eclisie et sténose des voies). ROLLET et BUSSY, p. 368.
- Langage (L'appréciation du). BRANCKMANN, p. 80.
- Langue (Les abcès de la). DURET et MICHON, p. 885.
- Langue (Ablation de la). PEREKALIN, p. 200.
- Langue (Cancer de la base de la) opération, plastique, guérison. FEUCHTINGER, p. 85.
- Langue (Fibrome pédiculé de la base de la). RENDU, p. 489.
- Langue (Lipome de la). HUTTER, p. 202.
- Langue décapillée : présentation de malade. BOURGEOIS, p. 1092.
- Langue (Tumeur de la lipome). HUTTER, p. 85.
- Langue (Ulcère tuberculeux du dos de la). HOWARTH, p. 71.
- Langue (Les varices de la base de la). ROURE, p. 1007.
- Larynx (Altérations du) par les lésions des nerfs laryngés. V. TASSI, p. 1009.
- Larynx (Dépôts amyloïdes en forme de tumeur dans le). UCHERMANN et HARBITZ, p. 243.
- Larynx (Le cancer du). TORRE, p. 1170.
- Larynx (Eclat de verre dans le) d'un enfant d'un an. KAN, p. 456.
- Larynx (Fistule tuberculeuse du). GLAS, p. 202.
- Larynx (Un cas de fibro-lipome du). O'MALLEY, p. 454.
- Larynx (Formation membraneuse du). Nouvelle méthode de traitement. HASLINGER, p. 711.
- Larynx (Guérison spontanée des lésions tuberculeuses du). DROESBÈQUE, p. 595.
- Larynx (Œdèmes aigus du). VAN GHELUWE, p. 931.
- Larynx (L'œdème aigu du). THEISEN, p. 1140.
- Larynx (Photographie du). DE REYNIER, p. 56.
- Larynx (Photographie du). STRUYCKEN, p. 455.
- Larynx (Tuberculose du). THOMPSON, p. 1008.
- Larynx (Tuberculose du) localisée, GLAS, p. 1192.
- Laryngée (Epithélioma vestibulaire) à localisations multiples. GAILLARD et RAVAUULT, p. 495.
- Laryngée (Hémiplégie) (25 cas) par blessures de guerre. Considérations sur l'innervation du larynx. COLLET, p. 509.
- Laryngées (Malformations similaires chez deux jumeaux). PORTMANN et RETROUVEY, p. 493.
- Laryngé supérieur (Une nouvelle application de la section physiologique du nerf). DIDIER, p. 494.
- Laryngé supérieur (De la névralgie du) comme complication de l'épidémie actuelle de grippe. HALPHEN, p. 914.
- Laryngectomie totale pour cancer laryngé. WALTER HOWARTH, p. 70.
- Laryngectomie totale (Nouvelle incision dans la). O. MAYER, p. 83.
- Laryngectomie totale (L'état actuel de la). SOERENSEN, p. 112.
- Laryngectomisés (nouvelles recherches sur le mécanisme de la parole chez les). H. STERN, p. 83.
- Laryngectomisés. (Contribution à l'étude du mécanisme vocal chez les). STERN, p. 756.
- Laryngien (Remarques sur la formation du sac) antérieur des simiens inférieurs. FORSTER, p. 748.
- Laryngite d'origine indéterminée. BUCHLAND JONES, p. 71.
- Laryngite tuberculeuse (Le démembrement de la) son attaque par la trachéofistulisation (Etude de clinique thérapeutique). ROSENTHAL, p. 39.
- Laryngite ulcéro-membraneuse primitive du type. SARGON, VINCENT, TROSSET, p. 1008.
- Laryngo-fissure combinée à la radium et à la radiothérapie dans les cancers glottiques du larynx. GIROD, p. 115.

- Laryngo-fissure dans 2 cas de cancer intrinsèques du larynx. SAINT-CLAIR THOMSON, p. 192.
- Laryngo-fissure dans un cas d'hépathélioma de la corde. W. MILLIGAN, p. 335.
- Laryngoscopie directe (Appareil autostatique pour) HASLINGER, p. 77.
- Laryngoscopie directe d'Haslinger (Appareil d'éclairage pour l'appareil à). SUCHANEK, p. 85.
- Laryngoscopie indirecte (Cent cas de tumeurs enlevées par), WYLIE, p. 242.
- Laryngoscopie directe, le directoscope de Haslinger (Présentation d'un nouvel appareil à). WOOD, p. 855.
- Laryngostomie dans un cas de sténose complète sous-glottique. WALTER HOWARTH, p. 70.
- Laryngostomie pour rétrécissement du larynx, résultats éloignés. COLLET, p. 495.
- Léontiasis ossea. WOLFF, p. 83.
- Leontiasis ossea (Un cas de)*. LEMAITRE, ROUGET, RUPE, p. 903.
- Léontiasis ossea. LEMAITRE, ROGET, RUPPE, p. 691.
- Leptoméningite purulente généralisée consécutive à une otite moyenne aiguë sans réaction mastoïdienne. TRIVAS, p. 463.
- Lésions des V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> paires chez un syphilitique atteint d'otite ancienne. FOLLY, p. 694.
- Lésions de la base du crâne à poussées extensives successives. BARRÉ et FONCIN, p. 695.
- Lésions professionnelles de la muqueuse des voies respiratoires supérieures chez les ouvriers travaillant dans les poussières. MENGEL, p. 1192.
- Leucoplasie laryngée (Dégénérescence épithéliomateuse dans un cas de) B. BRUZZI, p. 241.
- Leucoplasie (Un cas de) étendue de la langue et de la bouche, SYME, p. 860.
- Limaçon (A propos des lésions provoquées expérimentalement au niveau du) par les excitations sonores. POPOFF, p. 216.
- Limaçon (Elimination spontanée par le conduit d'un séquestre du). Radiographie du rocher. LANNOIS et GAILLARD, p. 596.
- Linguale (Hémiatrophie) d'origine bulbaire et para-bulbaire associée à la paralysie des autres nerfs bulbaires*. VASILIU, p. 1153.
- Liquide encéphalo-rachidien par l'oreille (Un cas d'écoulement du), VAN CANCEGHEM, p. 597.
- Lithiase salivaire, guérie par la lumière ultra-violette. CEMACH, p. 458.
- Lobe frontal (Absès du). THIELEMANN, p. 83.
- Lobe temporal (Absès du) d'origine otique et méningite. LEIDLER, p. 60.
- Lupus du lobule (Un cas de). CHEATLE, p. 708.
- Lupus du nez (Le traitement par le radium). BAUMGARTNER, p. 57.
- Lupus des muqueuses pharyngée et latine. FERNANDÈS, p. 956.
- Lupus (Traitement par la lumière artificielle). REYN, p. 211.
- Lupus étendu du palais. HOWARTH, p. 71.
- Lupus (Le) et la radiothérapie. PILLON, p. 1147.
- Lupus tuberculeux d'origine endonasale (Un cas de). COSTINIU, p. 617.
- Lymphangiome de la langue. NICOLAS, GATÉ, BARBIER et JUVIN, p. 371.
- Mâchoire inférieure (Nécrose et élimination totales de la) par une large béance des parties molles. SÉBILEAU, p. 604.
- Malformation congénitale de l'ouverture laryngée. ANTHON, p. 84.
- Malformation du nez par cloisonnement de chaque narine. ORTSCHIEDT, p. 876.
- Masque protecteur pour l'examen du larynx et de la gorge. RUTIN, p. 620.
- Mastoïde de Bezold. HOLINGER, p. 955.
- Mastoïde (Suppurations circonscrites de la). KUMMEL, p. 93.
- Mastoides (Para-tuberculose de 2). CEMACH, p. 620.
- Mastoidectomie sous anesthésie locale chez un diabétique. LAYTON, p. 947.
- Mastoidiennes (Sur la fréquence de l'importance pratique des périostites) consécutives aux otites moyennes aiguës chez les enfants*. GALICETI, p. 21.
- Mastoidiennes (Le revêtement des cellules). KRAINZ, p. 83.
- Mastoidienne. (Epithélisation de la cavité) au moyen des greffes. CAMPBELL, p. 93.
- Mastoidiennes (A propos d'un symptôme facilitant le diagnostic des lésions) latentes. GORIS, fils, p. 596.
- Mastoidienne (Fausse hémorragie otique après trépanation). BERNEA, p. 619.
- Mastoidiennes (Le revêtement des cellules). KRAINZ, p. 989.
- Mastoidiennes aiguës (Formes cliniques des) LEROUX, p. 348.
- Mastoidites aiguës sans perforation du tympan. MERELLI, p. 625.
- Mastoidite aiguë sans perforation du tympan. MERELLI, p. 867.

- Mastoidite aiguë (Hémorragie secondaire consécutive à une). MERER, p. 991.  
 Mastoidite aiguë opérée. Résultat esthétique. SELIGMANN, p. 1078.  
 Mastoidite de Bezold (Actinomycose et paralysie faciale simulant une). O' MALLEY, p. 710.  
 Mastoidite (Trépanation simple de la) avec drainage par le conduit. BONDY, p. 87.  
 Mastoidite chez les gens âgés. FENTON, p. 93.  
 Mastoidites postéro-supérieures et postéro-inférieures, la cellulite postéro-supérieure, l'abcès dit de Citelli (A propos de). CITELLI, p. 278.  
 Mastoidites sans participation de l'oreille moyenne. HEMPSTEAD, p. 347.  
 Mastoidite (Phénomènes biologiques de défense et guérison de la plaie opératoire après la trépanation de l'apophyse) avec ouverture de l'antre. PRECECHTEL, p. 348.  
 Mastoidite (Nouvelle méthode de drainage). BLUMENTHAL, p. 457.  
 Mastoidite (Pseudo-symptômes cérébraux d'origine gastrique au cours d'une). VAN SWIETEN, p. 589.  
 Mastoidites (A propos du traitement post-opératoire des) et de l'évidement pétro-mastoidien. VACHIER et DENIS, p. 628.  
 Mastoidite, abcès périsinusal, méningite pneumococcique, guérison. JOBSON, p. 947.  
 Mastoidite avec abcès périsinusal bilatéral, et abcès cérébelleux gauche ; stérilisation de l'abcès par ionisation-zinc. JOBSON, p. 948.  
 Mastoidite et méningite à streptococcus mucosus chez un enfant de 13 mois. URBANTSCHITSCH, p. 964.  
 Mastoidite bilatérale à streptococcus mucosus (chez 2 nourrissons) URBANTSCHITSCH, p. 965.  
 Mastoidite précoce avec méningite séreuse. POLLAK, p. 967.  
 Mastoidite. Carie de l'écaille temporale. O. BECK, p. 968.  
 Mastoidite et compression cérébrale à distance. PEYRE, p. 992.  
 Mastoidite (Prophylaxie de la) par le traitement systématique de l'otite aiguë. WOLFE, p. 1116.  
 Mastoidites (les) récidivantes et leur traitement par les injections de la vaseline jaune stérilisée. NATANSON, p. 1117.  
 Mastoidites (les) et leurs complications. HELSMOORTELS, J., p. 1199.  
 Mastoidites tuberculeuses (Contribution à l'étude des). ALOIN et GIGNOUX, p. 462.  
 Mastoïdes (Tuberculose des 2). CEMACH, p. 968.  
 Mastoidite syphilitique. PRÉDESCU-RION, p. 1079.  
 Maxillaire (Épithélialisation de l'antre) dans les états infectieux chroniques de cette cavité. EASTMAN SCHEEHAN, p. 264.  
 Maxillaire inférieur (Kyste du). FALLAS, p. 940.  
 Maxillaire inférieur (Ostéopériostite de l'angle du). HEYNINX, p. 937.  
 Maxillaire supérieur (Cancer du) opération plastique. Guérison. FEUCHTINGER, p. 85.  
 Maxillaire supérieur (Cancer du) son traitement chirurgical. SCHLEY, p. 379.  
 Maxillaire supérieur (L'hyperplasie chronique du) ses rapports avec d'autres tumeurs osseuses et l'otosclérose. DOUGLAS GUTHRIE, p. 331.  
 Maxillaire supérieur (Hyperplasie chronique du) ses rapports avec les autres tumeurs osseuses et avec l'otosclérose. DOUGLAS GUTHRIE, p. 380.  
 Maxillaires supérieurs (Un cas d'ostéite diffuse hypertrophiante du bord alvéolaire des). SOUCHET et SURREL, p. 32.  
 Médiastinal (Le syndrome) en O.-R.-L. PORTMANN et FORTON, p. 1143.  
 Médiastinotomie exploratrice dans un but diagnostic. HAJEK, p. 985.  
 Méga-œsophage (Un cas de). FALLAS, p. 941.  
 Méga-œsophage, VAN DEN WILDENBERG, p. 961.  
 Ménière (Syndrome de). Etude otologique. CANUYT et TERRACOL, p. 695.  
 Ménière (Quelques remarques expérimentales sur la maladie de). DE KLEYN et WERSTEEGH, p. 872.  
 Ménière (Nystagmus pendant une attaque de maladie de). DAN M'KENZIE, p. 1123.  
 Ménière (Otite chronique avec syndrome de) récent. POPPER, p. 1193.  
 Méningite guérie (Note sur un cas de). BARRAUD, p. 52.  
 Méningite otitique (L'anatomie pathologique et le drainage de la). DAVIS, p. 94.  
 Méningite otique (Anatomie pathologique et le drainage de la) E. DAVIS, p. 191.  
 Méningite après adénotomie par persistance du canal cranopharyngien et céphalocèle. WEILL, p. 203.



- Méningite suppurée guérie au cours d'une otite chronique. BURGER, p. 454.
- Méningite suppurée. ZEIDLER, p. 459.
- Méningite suppurée (Le traitement opératoire de la). EAGLETON, p. 464.
- Méningite guérie sans drainage translabyrinthique (Un cas de). LAYTON, p. 708.
- Méningite suppurée à forme foudroyante. HOFFMANN, p. 964.
- Méningites suppurées (Contribution au traitement des). LÉDL, p. 979.
- Méningites suppurées à rémissions (Contribution à l'étude des). LANNOIS et JACOD, p. 1201.
- Méningite aseptique, troubles labyrinthiques. BARRÉ et CAHN, p. 699.
- Méningite cérébro-spinale (affections labyrinthiques représentant vraisemblablement des firmes absorbatives de) ou relevant d'intoxication. POGANY, p. 82.
- Méningite cérébro-spinale associée à une otite aiguë moyenne (Un cas de). SYDENHAM, p. 326.
- Méningite collatérale otogène. HOLGER MYGIND, p. 722.
- Méningite séreuse après radicale simulant un abcès du lobe temporal. BECK, p. 459.
- Méningite à streptococcus mucosus. URBANTSCHITSCH, p. 204.
- Méningite syphilitique hypertensive avec amaurose. BARRÉ et FOLLY, p. 702.
- Méningée (Hémorragie) sus et sous-durale, secondairement mortelle par hémorragie sinus du latéral après traumatisme par chute sur la nuque. ROGER et CRÉMEUX, p. 700.
- Méningées (Réactions et épanchements méningés puriformes aseptiques au cours des lésions en foyer de l'encéphale). CLAUDE et OURY, p. 214.
- Méningé (Syndrome) aseptique au cours d'une polysinusite latente d'origine dentaire. WORMS et FRIBOURG-BLANC, p. 864.
- Méningisme avec iridocyclite syphilitique héréditaire et coryza spécifique. DELIE, p. 942.
- Métastase du cancer thyroïdien (Fractures spontanées de l'extrémité supérieure du fémur dans une). DURAND, p. 250.
- Métastase dans le larynx (Un cas d'adéno-carcinome du rein avec). TURNER, p. 337.
- Métastases osseuses au cours d'un cancer latent du corps thyroïde. NIN Y SILVA, p. 763.
- Métastase laryngée d'un épénéphrome du sein droit. LOGAN TURNER, p. 888.
- Méthode pour déterminer les positions compensatrices de l'œil chez l'homme. DE KLEYN et VERSTEEGH, p. 874.
- Microtie (Un cas de) avec absence du canal auditif externe. STAUFFER, p. 1186.
- Morphologie de l'hypopharynx humain. VASTARINI GRESI, p. 488.
- Mucocèle du sinus frontal. NEUMANN, p. 87.
- Mucocèle frontale. SAINT-CLAIR THOMSON et M'IBRAITH, p. 108.
- Mucocèle hémorragique du sinus frontal à évolution orbitaire. ROLLET, p. 363.
- Mucocèle du sinus frontal (Un cas de). HARRISON, p. 483.
- Mucocèle du sinus frontal. HOFER, p. 711.
- Mucocèle du sinus frontal causé par un volumineux ostéome. W.-G. HOWARTH, p. 999.
- Mucocèle fronto-ethmoïdale. Opération endonasale. Guérison. HAJEK, p. 999.
- Muqueuse nasale (Les modifications vaso-motrices réflexes au niveau de la). TATUM, p. 955.
- Mycosis fongoïde ayant atteint les pharyngo-larynx (Pièce, coupes, dessin). G.-J. WRIGHT, p. 1095.
- Myxœdème par absence de corps thyroïde. Vérification anatomique et histologique. MOURIQUAND et BARBIER, p. 503.
- Narines (Atrésie congénitale des). W.-B. DAVIS, p. 714.
- Nasales (Importance des cavités) supplémentaires pour l'organisme. COMENDANTOFF, p. 997.
- Naso-pharyngés (Fibromes), remarques. HASSAN SHAHEEN BEY, p. 1134.
- Naso-pharyngien (Fibrome). BRATESCU-VIRGILIU, p. 607.
- Naso-pharyngien (Le fibrome). Etude clinique et pathologique. GOLDSMITH, p. 1069.
- Naso-pharyngiens (L'opération des polypes). BRUGGEMANN, p. 1191.
- Naso-pharyngien (Un cas de polype). NEUMANN, p. 1194.
- Naso-pharynx (Tuméfaction du) avec abaissement du voile. MOLLISON, p. 194.
- Naso-sinusites (Quelques complications des). ARBUCKLE, p. 58.
- Natation et plongeon (Causes et prophylaxie des manifestations otiques consécutives à la). TAYLOR, p. 91.
- Néoplasmes du cou (Les limites opératoires des). LANGE, p. 755.

- Néoplasme de la langue, traité à la fois par les moyens chirurgicaux et par le radium. BÉRARD, p. 372.
- Néoplasmes du maxillaire supérieur (Présentation des coupes histologiques illustrant certains points pathologiques et chirurgicaux dans le traitement des). MUSGRAVE WOODMAN, p. 334.
- Néoplasme de la région prévertébrale. BOURGEOIS et LANOS, p. 1088.
- Néphrites (Troubles auditifs et vestibulaires dans les). GRAHE, p. 1123.
- Nerf lingual (Lésion du) après ablation de l'amygdale à la guillotine. DAN M'KENZIE, p. 855.
- Nerf maxillaire supérieur par le conduit palatin postérieur (Technique pour l'anesthésie tronculaire du). UBALDO CARREA, p. 741.
- Nerf optique avec la dernière cellule ethmoïdale postérieure (Sur les relations du). WESTLAKE, p. 231.
- Nerf optique (Rapports entre les lésions du) et les maladies des cavités nasales. STAWRAKI, p. 1003.
- Neuro-labyrinthite chez un homme atteint de syphilis. LINDMANN, p. 61.
- Neuro-labyrinthite syphilitique (La différenciation de la) et de la labyrinthite syphilitique tardive. MACKENZIE, p. 217.
- Neuro-ophtalmologie (Etude) d'un cas de tumeur du sinus longitudinal supérieur. BARRÉ et KAYSER, p. 1102.
- Névralgie faciale (Traitement de la) par l'ionisation à l'aconitine. Névralgie faciale et symptomatologie faciale. BARRÉ, p. 124.
- Névralgie faciale (L'orientation actuelle du traitement de la). WERTHEIMER, p. 249.
- Névralgie faciale (Trois cas de lésions optique après injection d'alcool pour), CHEATIE, p. 946.
- Névralgies faciales rebelles (Traitement chirurgical des) d'origine nasale. MOUNIER, p. 1204.
- Névrite acoustique due à la nicotine. ZAVISKA, p. 358.
- Névrites rétro-bulbaires d'origine endo-nasale (Technique opératoire par le traitement des). DE STELLA, p. 161.
- Névrites optiques (Etude étiologique d'une série de). WOODS et DUNN, p. 231.
- Névrite optique d'origine sphénoïdale. Opération. Guérison. SAINT-CLAIR THOMSON, p. 231.
- Névrite optique et relations avec les sinus postérieurs. CUTLER, p. 366.
- Névrites optiques et sinus postérieurs. BALDENWECK, p. 403.
- Névrite optique rétro-bulbaire (Deux cas traités par opération endonasale). Résection de la partie postérieure du cornet moyen. SARGNON, p. 436.
- Névrite rétrobulbaire guérie. BURGER, p. 454.
- Névrites optiques et sinusites postérieures aiguës. GENET et JACOB, p. 485.
- Névrite optique d'origine extra-orbitaire (Sur 4 cas de). GORIS (père), p. 592.
- Névrites optiques d'origine endonasale (Technique opératoire pour le traitement des). DE STELLA, p. 592.
- Névrite optique (A propos d'une). GORIS (fils), p. 593.
- Névrite rétrobulbaire aiguë. Guérison spontanée. DREYFUS, p. 697.
- Névrite optique rétro-bulbaire d'origine sinusienne (2 observations). CANUYT et TERRACOL, p. 697.
- Névrites optiques rétrobulbaires et sinus postérieurs. Etat actuel de la question. CANUYT et TERRACOL, p. 697.
- Névrite optique rétrobulbaire unilatérale (Relation d'un cas de). HAREN et MEYER, p. 697.
- Névrite rétrobulbaire aiguë. DUVERGER, p. 698.
- Névrite rétrobulbaire aiguë unilatérale; curetage des cellules ethmoïdales. HAREN et MASSELIN, p. 698.
- Névrite rétrobulbaire datant de douze ans, améliorée par évidement du sinus sphénoïdal. REDSLOB, p. 699.
- Névrite optique (Affection vestibulaire partielle dans un cas de). BORRIES, p. 721.
- Névrite optique datant de deux ans. Pansinusite suppurée bilatérale. Guérison de la névrite optique après opération sur les sinus gauches. BALDENWECK, p. 737.
- Névrites optiques (Thérapeutique des) dans certains syndromes d'hypertension endocranienne et dans les sinusites postérieures latentes. POPPI, p. 738.
- Névrite rétro-bulbaire d'origine nasale. DAVIS, p. 738.
- Névrite optique rétro-bulbaire et les sinus postérieurs (La). CANUYT et TERRACOL, p. 880.

- Névrites optiques (Etude anatomique et radiologique du canal optique dans les). WHITE, p. 881.
- Névrites optiques et sinus postérieurs. BALDENWECK, p. 1000.
- Névrite optique (Sur 4 cas de) d'origine extra-orbitaire. GORIS, p. 1001.
- Névrites rétro-bulbaires; leur prétendue guérison chirurgicale par l'ouverture des sinus postérieurs sans pus. BOURGUET, p. 1003.
- Névrite optique (Deux cas remarquables de) et de chorioretinite consécutifs à une affection sinusienne. POST, p. 1130.
- Névrite rétro-bulbaire d'origine sphénoïdale. G. YOUNG, p. 1131.
- Névrite typhique du nerf cochléaire. RUTTIN, p. 854.
- Névropathies de cause rhino-pharyngée. LAEMMER et TARNEAUD, p. 741.
- Nez (Le traitement chirurgical de l'élargissement congénital du). DOUGLASS GUTHRIE, p. 339.
- Nez double (Un cas de). MUCCKE et SOUTTAR, p. 453.
- Nez (Difformités syphilitiques du). GILLIES, p. 734.
- Nodules des chanteurs et phonasténie. IMHOFFER, p. 83.
- Nævus sébacé développé sur le trajet d'une fente branchiale. COLLET, p. 504.
- Novarsénobenzol (Des injections endotrachéales de). BRUZZONE et VECCHIA, p. 243.
- Nystagmus calorique chez le cobaye (La production du). DE KLEYN et LUND, p. 874.
- Nystagmus latent (L'exploration du labyrinthe dans les cas de). BRUNNER, p. 967.
- Nystagmus provoqués par des mouvements et des attitudes de la tête (Recherches cliniques sur les accès de). BORRIES, p. 218.
- Nystagmus (Le) provoqué par les mouvements de la tête* L. BALDENWECK, p. 893.
- Nystagmus (Le) de l'obscurité. BLOHMKE, p. 1197.
- Nystagmus oculaire (Action inhibitrice du nerf facial sur le). TRAINA, p. 1201.
- Nystagmus optique héréditaire. BORRIES, p. 721.
- Nystagmus paradoxal. GRUNBERG, p. 200.
- Nystagmus réflexe (Le). BORRIES, p. 102.
- Nystagmus rotatoire (Compensation du) avec excitabilité calorique normale. BONDY, p. 87.
- Nystagmus rotatoire dans les lésions diffuses des voies du système nerveux central au-dessus du cortex cérébelleux (Importance de la diminution de la durée du). WELLS EAGLETON, p. 476.
- Nystagmus (L'influence de la vision sur le). WOOLSEY, p. 1201.
- Obstétrical (Traumatisme et appareil auditif). VOSS, p. 81.
- Obstruction cicatricielle des narines post-variologique. BERNEA, p. 617.
- Obstruction nasale ayant affecté l'état mental du malade. LONG, p. 865.
- Oculaires (Relations entre les affections) et les affections oto-rhino-laryngologiques. SUCIU-SIBIANU, p. 842.
- Oculaires (Les phénomènes) dans les suppurations péri-amygdaliennes. CANUYT et TERRACOL, p. 1102.
- Oculaires (Six cas d'altérations) d'origine nasale, guéries ou améliorées après intervention endonasale. DUNDAS-GRANT, p. 1131.
- Œdème aigu du larynx. THEISEN, p. 1068.
- Œdème laryngo-angio-neurotique (L'hérédité dans l'). SCHUBIGER, p. 55.
- Œsophage (A propos des contractions de l'). KLESTADT, p. 83.
- Œsophage (Un cas de leio-myome de l'). GUNBERGER et PIJPER, p. 123.
- Œsophage (Quatre épingles de sûreté ouvertes dans l'). JACKSON, p. 244.
- Œsophage (Diverticule de l'). NEPVEU, p. 450.
- Œsophage (Diverticule de l') par pulsion, favorablement influencé par l'iode. GOLDMANN, p. 457.
- Œsophage (Traitement par le radium des néoplasmes de l'). NOGIER, p. 500.
- Œsophage (Epithélioma glandulaire de l'extrémité inférieure de l') mort par perforation stomacale. DELATER, p. 761.
- Œsophage (Démonstration œsophagoscopique d'un cas d'épithélioma de l'). HEYNINX, p. 935.
- Œsophage (Spasmes et dilatations de l'). BALDENWECK, p. 1037.
- Œsophage (Observations anatomiques et cliniques sur l'extrémité inférieure de l'). MOSHER, p. 1068.
- Œsophage (Stricture récidivante de l'). SELIGMAN, p. 1078.
- Œsophage (Dilatation de l') inférieur par cardio-spasme. Guérison à la sonde de mercure. JOHNSON et SHEAF, p. 1095.

- Œsophagiennes (Strictures) à la suite des brûlures à la lessive caustique, M'KINNEY, p. 245.
- Œsophage (Strictures). DAVID GALATI, p. 613.
- Œsophagoscope de Brunings (Pièce de monnaie extraite de l'œsophage d'un jeune enfant au moyen de l'). HIGUET, p. 941.
- Œsophagoscopique (*Volumineux os de bœuf enclavé dans l'œsophage et non découvert lors d'un premier examen*). DUTHELLET DE LAMOTHE, p. 928.
- Olfactif (Relations du larynx avec le pouvoir). ULMANN, p. 83.
- Open-bite (Un cas d'). HIGUET, p. 933.
- Ophthalmique (Ganglion), sa structure et sa signification morphologique. VELTER, p. 1101.
- Optiques (*Contribution au traitement endonasal des lésions*). SARGNON et TROSSAT, p. 899.
- Optiques (Lésions) après opération sur le nez et l'orbite. HALLE, p. 457.
- Orbitaire (La cellulite), ses relations avec les sinusites RIBAS VALERO, p. 366.
- Orbite (Deux cas d'œdème chronique de l'). WESTMACOTT, p. 336.
- Orbitaire (phlegmon) d'origine sinusienne. BEAURIEUX, PHILIP et CAUSSINEAU, p. 736.
- Orbitaire (Traumatisme), hémorragie méningée tardive fébrile. BARRÉ, LAMPERT, KAYSER, p. 696.
- Orbitaire (Tumeur du rebord) supérieur. HERLINGER, p. 203.
- Oreille (États pathologiques de l') au cours de tumeurs malignes des voies respiratoires et du cou. DEMETRIADES, p. 201.
- Oreille (les rapports de l') avec l'appareil génital de la femme et les endocrines en général. DALCHÉ et LABERNADIE, p. 357.
- Oreille (Traumatismes de l'). TENAGLIA, p. 991.
- Oreille moyenne (Suppuration latente de l'). RUTTIN, p. 82.
- Oreille moyenne (Bacille fusiforme et spirochète de Vincent dans l'). WALDAPFEL, p. 200.
- Oreille interne (Nomenclature anatomique de l'). ALEXANDER, p. 80.
- Oreille interne (Les affections de l') dans les stades précoces de la syphilis. SPIRA, p. 467.
- Organothérapie en O.-R.-L., LEIGHTON, p. 622.
- Os propres du nez (Déhiscence des) par les polypes bénins. KISSMANNA, p. 1192.
- Ostéomyélite du crâne (Un cas d') au cours d'une sinusite frontale chronique. JODASOVA, p. 978.
- Ostéomyélite de l'os frontal. MILLIGAN et B. WRIGLEY, p. 335.
- Ostéomyélite du frontal à marche extensive. WESTMACOTT, p. 336.
- Ostéomyélite du maxillaire supérieur, consécutive à la rupture d'une dent. SPINELLI, p. 240.
- Ostéomyélite du maxillaire supérieur, avec nécrose de sa paroi nasale et séquestration totale du cornet inférieur. LAURIAN-SEGALL, p. 843.
- Ostéosarcomes multiples du crâne et du maxillaire. LORTAT-JACOB et LEGRAIN, p. 1128.
- Otalgie par apicite. GATSCHKE, p. 201.
- Otalgie par apicite. GATSCHER, p. 459.
- Othématome (Radiothérapie de l'), 21 cas guéris par ce procédé. FORSCHNER, p. 87.
- Othématome (Radiothérapie de l'). FESCHNER, p. 1193.
- Othématome guéri par mon procédé opératoire. FREY, p. 904.
- Otite aiguë avec métastases au 6<sup>e</sup> jour et thrombose sinusienne ultérieure. O. BECK, p. 60.
- Otite moyenne aiguë avec abcès sous-mastoldien sans mastoidite. LAVRAND, p. 92.
- Otite moyenne chronique (Étiologie et prophylaxie de l'). CHEALLE, p. 342.
- Otites moyennes suppurées chroniques envisagées au sujet du traitement (Les altérations anatomo-pathologiques des osselets au cours des). FERRERI, p. 345.
- Otite moyenne purulente aiguë (Le traitement de l'). TAPTAS, p. 625.
- Otite moyenne chronique suppurée (L'ionisation dans 2 cas d'). FRIEL, p. 710.
- Otite moyenne aiguë bilatérale associée à un gros abcès du lobe frontal droit. LEITCH, p. 869.
- Otites moyennes aiguës avec mastoidite ; leur traitement. SONKUP, p. 979.



- Otite moyenne suppurée double aiguë (Un cas rare de) avec double abcès périostique de la mastoïde. MAYERSOHN, p. 1076.
- Otites moyennes catarrhales, leur importance au point de vue fonctionnel et leur traitement par les vaporisations sulfurées. DE GORSSE, p. 212.
- Otite moyenne chronique, cholestéatome, thrombose étendue du sinus et du golfe. SCHLANDER, p. 60.
- Otite moyenne suppurée chronique. Cholestéatome. Abcès périsinusal. Thrombose sinusienne évoluant sans fièvre après l'opération. SCHLANDER, p. 620.
- Otite moyenne chronique, évidemment, labyrinthite séreuse, ralentissement du pouls. NEUMANN, p. 854.
- Otite staphylococcique latente avec méningite staphylococcique. HEYNINX, p. 938.
- Otite du nourrisson (De la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l').* ROBERT-RENDU, p. 274.
- Otite moyenne des nourrissons. DAVID-GALATI, p. 838.
- Otite du nourrisson (De la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'). ROBERT-RENDU, p. 840.
- Otite latente chez le nourrisson et l'enfant. Diagnostic et fréquence. LE MÉE, p. 961.
- Otite avec méningite suite d'un traumatisme. EHRENFRIED, p. 82.
- Otite moyenne à la suite d'opérations sur le glanglion de Gasser. LYONS, p. 212.
- Otite moyenne diphtérique. MELLINGER, p. 462.
- Otite à streptococcus mucosus et abcès extra-dural, compliqué d'un hématome intracranien. CEMACH, p. 620.
- Otite à streptococcus mucosus. Séquestre labyrinthique. LEIDLER, p. 1194.
- Oto-laryngologie dans les hôpitaux généraux et la 5<sup>e</sup> année de Médecine. HAYDEN, p. 58.
- Otolithes (Le rôle des) dans la séméiologie de la maladie de Ménière. QUIX, p. 469.
- Otolithes (Les) chez les poissons. ALLEN FROST, p. 708.
- Otolithes (Démonstration d'un appareil imitant les mouvements des) basé sur les recherches de Magnus et de Kleyn. TWEEDIE, p. 949.
- Otolithes (A propos de la fonction des). QUIX, p. 962.
- Otolithique (Fonction physiologique de l'appareil) chez le fœtus. PRECECHTEL, p. 356.
- Otolithique (Affection). VIGGO SCHMIDT, p. 724.
- Otolithique (Affection) post-opératoire, au cours d'une otite moyenne chronique. HAARDT, p. 965.
- Otolithique (Physiologie et pathologie de l'appareil). PRECECHTEL, p. 972.
- Otologie (Les débuts de l'), l'œuvre de Flourens. NOURSE, p. 90.
- Otologie T. II. Professeur. KUTVIRT, p. 726.
- Otologie (Atlas d'). A. GRAY, p. 727.
- Otologique (A propos de 2 cas de clinique) à allure atypique.* DE BRITTO, p. 381.
- Oto-rhino-laryngologie dans les écoles. MAYERSOHN, p. 614.
- Otorrhée chronique. Evidement. Abcès profond du cou. SCHLANDER, p. 459.
- Otosclérose et ostéite déformante (Comparaison pathologique et clinique). JENKINS, p. 74.
- Otosclérose (Nouvelles recherches sur l'). O. MAYER, p. 82.
- Otosclérose (Radiothérapie de l'). FREY et KRYSER, p. 82.
- Otosclérose et ostéite déformante. JENKINS, p. 97.
- Otosclérose (Coexistence d'ostéopsatyrose et de coloration bleue de la sclérotique au cours d'une). BIGLER, p. 467.
- Oto-sclérose (Quelques expériences de chirurgie de l'). HOLMGREN, p. 629.
- Otosclérose (L') expérimentale de Witmaack. O. MAYER, p. 967.
- Otosclérose (Un schéma de recherches internationales dans l') et les surdités semblables. FRASER, p. 1180.
- Ozène. RUNDSTROM, p. 58.
- Ozène familial. VIGGO SCHMIDT, p. 1128.
- Ozène (Présentation d'un) opéré. SCHOOLMAN, p. 1073.
- Ozène trachéal (Un cas). SARGNON, p. 496.
- Ozène (Le traitement de l') par le radium. VASILIU, p. 845.
- Ozène (La méthode de traitement de l').* BOURAK, p. 7.
- Ozène guéri par rayons ultra-violet (Présentation de cas). GREIF, p. 65.
- Ozène (Traitement de l') et des rhinites atrophiques par les injections d'auto-sang. TERBRUGGEN, p. 83.

- Ozène. Le facteur microbien dans les syndromes appelée « *ozaena genuina* » et son importance dans l'étiologie et le traitement de cette maladie. GREIF, p. 976.
- Ozène, le traitement chirurgical. VAN DEN WILDENBERG, p. 581.
- Ozène (Traitement de l') par le déplacement de la paroi latérale vers la ligne médiane. SYME, p. 859.
- Ozène (Le traitement chirurgical de l'). LIBINSON, p. 997..
- Ozène (Le traitement opératoire de l'). MOLLISON, p. 481.
- Ozène (La vaccinothérapie dans une série de cas d'). ROBERTSON, p. 338.
- Ozène (Le traitement par les vaccins). FEMPEA, p. 845.
- Ozène (Le traitement de l') par les vaccins anti-ozéneux polyvalents. HUTTER p. 997.
- Ozène (*Vaccinothérapie de l'*) par scarifications intra nasales et cutanées. REBATTU et PROBY, p. 1021.
- Ozène (Traitement de l') par la vaccinothérapie locale. DONIOL-VALEROZE p. 1089.
- Ozéneux avec déformation faciale très marquée. BOURGEOIS et BOUCHET p. 690.
- Oxycéphalie. Surdité à type oto-sclérose du côté gauche. Vertiges de Ménière améliorés par la vaccinothérapie anti-typhique. HAARDT, p. 965
- Oxycéphalie avec atteinte de l'appareil cochléaire SCHNIRER, p. 968.
- Pachydermie laryngée (Présentation d'un malade atteint de). MONLONGUET, p. 951.
- Palais (La division sous-muqueuse du). SEEMANN, p. 370.
- Palais (La division sous-muqueuse du). SEEMANN, p. 979.
- Palais osseux (*Contribution à la pathogénie et la symptomatologie de la fissure sous-muqueuse du*). SEEMANN, p. 388.
- Palais osseux (Hyperostose du). CEMACH, p. 458.
- Palatins (Trois cas de perforation des piliers). CALAMIDA, p. 241.
- Palato-pharyngées (adhérences) d'origine syphilitique. GALEBSKY, p. 198
- Panitrine (La) dans le traitement des maladies de l'oreille. SOULAKOVA, p. 980.
- Pansinusite aiguë. SAINT-CLAIR THOMSON, p. 107.
- Pansinusite. PREDESCU-RION, p. 609.
- Pansinusite et thyroïdite septique. ANDERSON, p. 736.
- Papillite bilatérale et polynévrite éthylique post-traumatique. BARRÉ et DUVERGER, p. 943.
- Papillite et infection locale. APPELMAND, p. 367.
- Papillome des fosses nasales (Un cas de). Traitement radiothérapique. Disparition complète des lésions. HAUTANT et DURAND, p. 1091.
- Papillomes multiples du larynx. BANKS-DAVIS, p. 69.
- Papillome du larynx traité par la roentgénéthérapie. FEUCHTINGER, p. 202.
- Papillomes laryngés (L'étiologie des). ULMANN, p. 375.
- Papillomes du larynx (Anatomie pathologique et thérapeutique des)*. AURETI, p. 815.
- Papillomes du larynx et rayons Roentgen. COSTINIU, p. 1075.
- Papillomes récidivants du larynx chez un jeune garçon. Efficacité des traitements classiques. Guérison par la diathermie. BOURGEOIS et LEROUX, p. 1084.
- Papillomes récidivants et rebelles du larynx chez un enfant. Trachéotomie, thyroïdectomie, haute fréquence, radiothérapie profonde. Décanulation. Guérison. CANUYT, p. 1141.
- Papillomes multiples du nez. BANKS-DAVIS, p. 69.
- Papillome de la voûte palatine. FALLAS, p. 933.
- Paracétèse (La) dans l'otite catarrhale exsudative. BLEGVAD, p. 1116.
- Paralysie double des abducteurs. SMALLEY, p. 336.
- Paralysie unilatérale des IX<sup>e</sup>, X<sup>e</sup>, XI<sup>e</sup> nerfs crâniens d'origine périphérique (Contribution à la séméiologie de la). KRIVY et WISKOWSKY, p. 359.
- Paralysie faciale « rhumatismale » (A propos d'une). Polynévrite aiguë avec atteinte vestibulaire isolée et otite moyenne aiguë droite. URBANTSCHITSCH, p. 963.
- Paralysie dissociée du facial par cholestéatome latent, intervention, guérison. BERTIN, p. 991.
- Paralysie du dilateur de la glotte (Sur la pathogénie de la). CISLER, p. 64.
- Paralysie laryngée et vélopalatine gauche (Deux cas de). DUNDAS-GRANT, p. 194.
- Paralysie du larynx (Quelques réflexions sur les). DELIE, p. 936.
- Paralysie labio-glosso-laryngée (Les troubles de la phonation et de la respiration dans la poly-encéphalite chronique inférieure ou). DELLA CIOPPA, p. 1010.
- Paralysie du moteur oculaire commun d'origine sinusienne. REVERCHON et WORMS, p. 737.
- Paralysies oculaires au cours de l'otite moyenne. KUTVIRT, p. 976.

- Parésie faciale dans l'otite aiguë. HOFMANN, p. 201.
- Parésie faciale unilatérale congénitale (Deux cas). EINSINGER, p. 460.
- Parkinsonisme (*Troubles de la parole dans la*). VASILIO, p. 565.
- Parkinsonisme (Troubles de la parole dans le). MAICANESCU, p. 609.
- Parole (La) sans larynx. DOBROGEW, p. 198.
- Parotite (Un cas d'abcès streptococcique du prolongement pharyngien de la). VAN DEN WILDENBERG, p. 533.
- Parotite (Le syndrome paralytique du cancer de la). COLLET et BONNET, p. 248.
- Parotite (Suppuration de la) et de ses canaux excréteurs. BLAIR et PADGETT, p. 247.
- Parotite (Traitement radiumthérapique des tumeurs de la). DOUGLAS QUICK et FR. JOHNSON, p. 247.
- Parotite (*Les tumeurs mixtes du prolongement pharyngien de la*). PROBY, p. 302.
- Parotidiennes (Un cas de fistules) congénitales bilatérales. HEYNINX, p. 933.
- Pathologie chirurgicale et technique opératoire. W. EAGLETON, p. 1121.
- Pavillon (Hémangio-endothéliome malin du lobule du). HOMIÉCK, p. 61.
- Perception de la profondeur de la mer (Interprétation de l'oreille comme appareil de). HARTHDGE, p. 330.
- Perforation (La) de la cloison nasale chez les priseurs de cocaïne. NATANSON et LIPSKROFF, p. 1203.
- Perforations de l'œsophage par corps étrangers (Contribution au diagnostic des). ROTH, p. 117.
- Périchondrite laryngée due à l'application des rayons X. GREIF, p. 67.
- Périhypopharyngite et périœsophagite cervicale (Un cas de guérison de). HEYNINX, p. 940.
- Périnostoidites exocraniennes. MOURET, p. 1118.
- Pétreux (Séquestre comprenant l'os) entier. MUECKE, p. 949.
- Pharyngolaryngectomies (Faut-il comme Sargnon renoncer aux) pour cancer au profit du radium et des rayons X? MARBAIX, p. 960.
- Pharyngomycose et amygdalite cryptique sans association fuso-spirillaire. SAHRAZES, p. 372.
- Pharyngo-trachéite azotémique. F. ROUSSEAU, p. 1139.
- Pharynx (Diaphragme de la partie inférieure du). GALEBSKY, p. 200.
- Pharynx (Un cas d'ulcération du). FAULDER, p. 72.
- Phlébite septique des sinus crâniens. Trois types différents. BURGER, p. 868.
- Phlegmon cervical (Volumineux) après évidemment. POPPER, p. 963.
- Phlegmon péritonsillaire (Du traitement abortif du). CASTELLANI, p. 1007.
- Phlegmon pharyngé post-angineux à marche descendante guéri par incisions cervicales et médiastinotomie. FEUCHTINGER, p. 85.
- Phonétique. Le rapport de la voix chuchotée à la voix de conversation. WEISS, p. 853.
- Physiologie des attitudes (Les travaux de Sherrington sur la). WALSH, p. 330.
- Physiologie de l'oreille interne avec démonstration cinématographique. PORTMANN, p. 1074.
- Physiologie et pathologie de la muqueuse des voies respiratoires. STERNBERG, p. 1203.
- Physiothérapiques (*Les grands syndromes*) végétations adénoïdes et insuffisance respiratoire. ROSENTHAL, p. 1156.
- Pilocarpine (Le traitement par la) en otologie. LAVISKA, p. 982.
- Plastique secondaire dans l'alrésie post-traumatique du conduit auditif externe. MUSSEL, p. 198.
- Plastique des fistules laryngo-trachéales (Contribution à la). PRECECHTEL, p. 983.
- Plastique du nez. GALEBSKY, p. 200.
- Plastique des nez difformes (La correction). PORTMANN, 478.
- Plastique pour les pavillons déjetés en avant. SCHLANDER, p. 967.
- Plastiques rétro-auriculaires et frontales (La suture du périoste dans les). CALAMIDA, p. 91.
- Plastique par double lambeau pour la fermeture des ouvertures rétro-auriculaires après évidemment pétro-mastoidien. KUTEPOW, p. 198.
- Pneumatisation et constitution. ALBRECHT, p. 1195.
- Pneumatisation de la mastoïde et suppurations auriculaires. ALBRECHT, p. 1195.
- Pneumococcies (Les) prolongés chez le nourrisson. GERDÈRE, p. 498.
- Pneumococque (Le) et les néphrites aiguës de l'enfance. DUFOUT, p. 1146.
- Polynévrite cérébrale méniériforme. ZAVISKA, p. 104.
- Polynévrite cérébrale méniériforme à la suite de l'avortement. KRIVY, p. 357.

- Polypes (La production des). HIRSCH, p. 80.  
 Polype (Un énorme). GALEBSKY et WOKATSCHEK, p. 200.  
 Polype sous glottique. COSTINI, p. 1074.  
 Polype interaryténoïdien. DAVID GALATI, p. 608.  
 Polype kystique géant intrasinusal. HALPHEN et RAOUL, p. 692.  
 Polype kystique géant intrasinusal. HALPHEN et RAOUL, p. 445.  
 Polype laryngé (Un cas très rare de). PREDESCU-RION, p. 1211.  
 Polypes rétro-nasaux (Comment se développent les). UFFENORDE, p. 80.  
 Polypes nasaux (A propos des). M. WEILL, p. 85.  
 Polypes solitaires des fosses nasales et sinusites latentes du groupe antérieur. CABOCHE, p. 197.  
 Polype nasal extrêmement développé. WOOD G., p. 712.  
 Polypes (Les) déformants et récidivants des fosses nasales. BOSCHE, p. 877.  
 Polypes du nez (L'évolution de nos connaissances sur les). HAJEK, p. 986.  
 Polype saignant de la cloison en Europe et dans les pays chauds. BENJAMINS, p. 456.  
 Polyposse nasale déformante et récidivante des jeunes CANUYT et TERRACOL, p. 113.  
 Polyposé des sinus. GRUNBERG, p. 200.  
 Polyposse nasale récidivante. MAYERSOHN, p. 844.  
 Polyposse du nez, de coloration verte. GENZ, p. 985.  
 Ponction du sinus maxillaire (Mort par embolie aérienne à la suite d'une). BACKER, p. 879.  
 Ponto-cérébelleux ancien (Syndrome). Méningite puriforme aseptique cloisonnée récente. BARRÉ, REYS, FONCIN, p. 731.  
 Ponto-cérébelleux (Un cas de tumeur mixte à l'angle) et du ganglion de Gasser. MARINESCO-DRAGANESCO, p. 731.  
 Ponto-cérébelleux (Tumeur de l'angle) gauche. JAMES ADAM, p. 861.  
 Ponto-cérébelleux (Contribution à l'étude des tumeurs de l'angle) en général et des tumeurs du nerf auditif en particulier. ZIMMERMANN, p. 1124.  
 Ponto-cérébelleuses (Les modifications de l'oreille interne dans les tumeurs). K. BECK, p. 1190.  
 Préventorium (Le laryngologiste au). DIDIER, p. 750.  
 Productions épithéliales atypiques du conduit auditif externe. BRUNNER, p. 855.  
 Prosopodyaschise pour séquestres de la base du crâne et sinusites (Un troisième cas de). GORIS (père), p. 588.  
 Protubérance (Absès chronique de la) dû à une suppuration de l'oreille moyenne. E.-D.-DAVIS, p. 971.  
 Pyémie otogène sans thrombo-phlébite. LEEGARD, p. 61.  
 Pyodermite à forme pustuleuse de la région mastoïdienne, ayant apparu à la suite d'une otite moyenne purulente aiguë. JOUSSEAUME, p. 447.  
 Rachitisme expérimental (Les modifications du temporal dans le). Leurs relations avec l'otosclérose. KAUFMANN, CREEKMUR et SCHULTZ, p. 97.  
 Radicale (Opération) sans plastique du conduit dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. La trépanation et le traitement post-opératoire dans la mastoïdite aiguë. BARANY, p. 627.  
 Radicale (La valeur médico-légale de la radiographie de la mastoïde en cas d'opération). FERRERI, p. 650.  
 Radicale (Opération) conservatrice sous plastique. DAN M'KENZIE, p. 709.  
 Radicale (Considérations sur l'opération) conservatrice avec des indications sur la dernière méthode de Barany. LUND, p. 1120.  
 Radiographies en oto-laryngologie. URlich, p. 57.  
 Radiographie des tumeurs intracrâniennes. DELHERM et MOREL KAHN, p. 733.  
 Radiographie (La) du temporal dans les affections de l'oreille. AAGE PLUM, p. 1113.  
 Radiographies (Présentation de clichés). GAREL et JAPIOT, p. 489.  
 Radiologique (Etude des altérations de l'apophyse mastoïdienne dans les otites aiguës et chroniques. REVERCHON et WORMS, p. 1199.  
 Radiothérapie (Affection laryngée provoquée par un traitement de). VAN ROSEN, p. 243.  
 Radiothérapie de la tuberculose laryngée (Recherches nouvelles sur la). KANDER, p. 851.  
 Radiothérapie comme traitement adjuvant de la surdité partielle. KAHN, p. 1074.  
 Radium (Quelques cas traités par le). Lymphosarcome du larynx et du pharynx. Papillome uniforme sessile au niveau du bord postérieur de l'orifice du conduit auditif externe chez une femme de 22 ans. FROTZL, p. 68.



- Radium (Canule laryngienne pour le). FERRERI, p. 888.
- Radium (Quelques cas de tumeurs des cavités de la tête traités par le). GORIS, (père et fils) et DUJARDIN, p. 957.
- Radium (Le) introducteur. Nouveau dispositif pour radumpuncture oto-rhino-laryngologique. Son emploi comme porte-aiguille pour suture chirurgicale. SAMENGO, p. 1106.
- Radiumthérapie (Influence de la) sur les fibromes récidivants du larynx. FROTZL, p. 64.
- Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. GUISEZ, p. 244.
- Radiumthérapie (Syndrome de Mènière à la suite de la). THOMPSON, p. 730.
- Radiothérapie et radiumthérapie en O. R.-L. METIANU, p. 831.
- Radiothérapie, ses bases biologiques. WERNER, p. 850.
- Radiothérapie (La) de la tuberculose laryngée. BECK, p. 851.
- Radiumthérapie (Hyperkératose pharyngée guérie par la). SUCHANEK, p. 985.
- Raynaud (Maladie de) localisée au nez et aux oreilles de nature syphilitique. Guérison par le novarsénobenzol. MILIAN et PERRIN, p. 875.
- Rayons X (Traitement de l'hyperthyroïdisme par les). SABERTON.
- Rayons X (Indication opératoire basée sur les). DEUTSCH, p. 967.
- Récurrent (Lésions du) dans la strumectomie. AMERSBACH, p. 83.
- Récurrent droit (Un cas de paralysie du due à une compression par anévrisme du tronc brachio-céphalique, survenue chez une femme porteuse d'une volumineuse tumeur du corps thyroïde. DUTHIELLET de LA MOTHE, p. 183.*
- Récurrentielle (Dysphagie et paralysie). RENDU, p. 375.
- Récurrentielle. (Deux cas de paralysie) bilatérale au cours d'un anévrisme de l'aorte. FALLAS, p. 932.
- Récurrentielle (Examen histologique d'un cas de paralysie) BRÜNNER, p. 985.
- Récurrentielle (Paralysie) par médiastinite tuberculeuse. REBATTU, p. 1139.
- Récurrentielle (La paralysie) et la loi de Semon-Rosenbach. LEICHSENBRING et HEGENER, p. 1210.
- Réflexeur binoculaire de Clar (Verres de protection et de grossissement sur le). NASIELL, p. 624.
- Réflexes cervicaux de Magnus, de Kleyn, déterminés par les mouvements : mise en évidence concomitante des réflexes labyrinthiques. CARSTENS et STENVERS, p. 103.
- Réflexes statiques chez l'homme (Contribution à l'étude des). RUTTIN, p. 967.
- Résection sous-muqueuse de la cloison et cornectomie en un seul temps opératoire pour obstruction bilatérale due aux altérations concomitantes de la cloison et des cornets. SEIGNEURIN, p. 1203.
- Respiratoire (Insuffisance) nasale ; évaluation par la méthode graphique à l'aide du masque de Fèch relié à un manomètre inscripteur. REVERCHON, AUZIMOUR et BOLOTTE, p. 945.
- Respiratoires (Les infections chroniques des voies) supérieures et leur relation sur les maladies générales. EMERSON, p. 1069.
- Restauration spontanée du conduit après évidement. WEILL et ANADO, p. 945.
- Rétrécissement congénital de la partie inférieure de l'œsophage constaté chez un enfant. SARGNON, p. 499.
- Rétrécissement traumatique du larynx. Laryngostomie. Dilatation. LIÉBAULT, p. 862.
- Rhabdomyome de la face postérieure du voile. MARTIN, p. 340.
- Rhabdomyosarcome du voile (Un cas de). E. MARTIN et ALEXANDER, p. 1135.
- Rhinite (La) amniotique. AMERBACK, p. 1191.
- Rhinite atrophique (Traitement de la) simple et fétide par l'implantation des parties spongieuses macérées d'os de bœuf. ECKERT-MÖBIUS, p. 481.
- Rhinite atrophique (Constataions de la dualité clinique de la) dans 372 cas. CHAVANNE, p. 590.
- Rhinite atrophique consécutive à un corps étranger et quelques mots sur le traitement par la paraffine. SCHILLER, p. 837.
- Rhinites ozéneuses atrophiques (Le traitement chirurgical des). TETU, p. 850.
- Rhinite atrophique du type ozéneux consécutive à une blessure de la région ptérygo-maxillaire. Syndrome sphéno-palatin. REVERCHON et WORMS, p. 878.
- Rhinite atrophique (Constataion de la dualité à l'occasion de 372 cas de). CHAVANNE, p. 996.
- Rhinite atrophique (Greffes intra-septales dans la). POLLOCK, p. 1205.
- Rhinite spasmodique. RICCITELLI et FRANCHINI, p. 706.
- Rhinite vaso-motrice. HANSEL, p. 479.
- Rhinolithe choanal. GLASS, p. 85.

- Rhino-pharyngo-otite catarrhale aiguë (Sur une épidémie de). PREDESCU-RION, p. 847.
- Rhinoplastie. La correction des déformations nasales. PRECECHTEL, p. 363.
- Rhinoplastie (Correction des difformités nasales). SHEENAN, p. 733.
- Rhinoplastie partielle par transplantation cutanée. DUBREUILH, p. 733.
- Rhinoplastie : réfection nasale par greffe cartilagineuse. A. BLOCH, p. 1093.
- Rhinoplastie (Nouvelle méthode de). IVANISSEVICH, p. 1127.
- Rhinoplastie pour la réfection totale ou partielle du nez. DORRANCE, p. 1186.
- Rhinorrhée céphalo-rachidienne (Un cas de). LOFTUS, p. 716.
- Rhinosclérome (Deux cas de). TESAR, p. 62.
- Rhinosclérome (Un cas de) des voies aériennes supérieures. LINCK, p. 77.
- Rhinosclérome. LUKOSCHIN, p. 200.
- Rhino-trachéo-broncho-sclérome (Un cas de). GEORGHIU, p. 848.
- Rhinosclérome (Un cas de) chez une femme malade de Sumatra. SNIJDERS et STOLL, p. 877.
- Rhinosclérome (Cas de). SCHWARZ-GLOSSY, p. 985.
- Rhume des foins (Le traitement du). BERTON, p. 106.
- Rhume des foins (Traitement du). CEMACH, p. 711.
- Rhume des foins (Vue d'ensemble sur la question du). Revue critique de l'étiologie et du traitement. OTTO-STEIN, p. 877.
- Rinne (Nécessité de pratiquer l'épreuve de) avec quatre diapasons se succédant d'octave en octave. WOLF, p. 80.
- Rocher (Tuberculose primitive du) chez un nourrisson. URBANTSCHITSCH, p. 86.
- Rocher (Ostéo-fibrome du). REBATTU et MOLLON, p. 466.
- Rochers (Fracture des deux). Troubles multiples des nerfs craniens. Guérison. BARRÉ et CRUSEM, p. 696.
- Rocher (Exostoses et hyperostoses de la face postérieure du). O. MAYER, p. 967.
- Röntgentherapie (Traitement de la tuberculose du larynx par la). ZANGE, p. 77.
- Röntgentherapie (Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la). NOGIER, p. 492.
- Röntgentherapie (Otité chronique avec cholestéatome, labyrinthite, thrombose sinusienne traitée par la). POPPER, p. 1193.
- Salivaires (Fistules) consécutives aux interventions sur la mastoïde. NATANSON, p. 213.
- Sangsue (Hémoplyisie par). KOUTSORODIS, p. 494.
- Sarcome de l'amygdale. GORDING, p. 61.
- Sarcome de l'amygdale. WILLIAM MILLIGAN, p. 334.
- Sarcome de l'amygdale. DOUGLAS GUTHRIE, p. 339.
- Sarcome du cou refoulant le larynx latéralement. DETRY, p. 933.
- Sarcome de l'os malaire, frontal et maxillaire. WESTMACOTT, p. 336.
- Sarcome à cellules rondes du maxillaire supérieur (Un cas de). SCHMIEGELOW, p. 723.
- Sarcomes à myéloplaxes des os (Contribution à la question des). MONCKEBERG, p. 1015.
- Sarcome du nez, guéri par le radium. MUSGRAVE WOODMANN, p. 71.
- Sarcome du pharynx et de l'amygdale. MILLIGAN et B. WINGLEY, p. 335.
- Sarcome globo-cellulaire du pharynx, récidive dans les ganglions. Traitement comparé par la résection et la radiumthérapie. JACQUES, p. 1210.
- Scarlatine (Manifestations graves du côté de l'appareil vestibulaire après). NEUMANN, p. 853.
- Scarlatineuse (L'otite) et les méthodes modernes de son traitement. SOCOLOVSKI, p. 847.
- Sclérome du nez, du larynx et de la trachée. SOULAKOVA, p. 62.
- Sclérome en Tchécoslovaquie. CISLER, p. 974.
- Sclérome (Étiologie, histologie et traitement du). VYMOLA, p. 975.
- Sclérome (A propos du traitement du). LEDL, p. 981.
- Sclérome (Les cas de) observés à la clinique de Bruno en 1921-1923. NINGER, p. 981.
- Sclérose en plaques à forme labyrinthique. BARRÉ, p. 701.
- Sclérose en plaques (Les troubles labyrinthiques dans la). BARRÉ et REYS, p. 701.
- Sclérose en plaques protubérantielle avec complications nerveuses otogènes. BARRÉ, p. 702.
- Sclérose en plaques en forme labyrinthique. BARRÉ, 944.
- Scorbut (Un signe rhinologique du). KOMPANEJETZ, p. 481.
- Segura-Hirsch (Opération de) pour plurinusite aiguë et œdème de la papille avec

- congestion péripapillaire. Pas de lésion perceptible du sinus sphénoïdal. Guérison. CANTONNET, MARTERET, BADENWECK, p. 880.
- Septicémie après opérations sur le nez et la gorge. STREIT, p. 77.
- Septico-pyohémie otogène avec exanthème septique. BECK (O), p. 620.
- Septico-pyohémie à *bacillus proteus* d'origine otitique. LION et LÉVY-BRUHL, p. 637.
- Sigmoïde (Diverticule du sinus). RUTTIN, p. 968.
- Signe de l'inégalité pupillaire ou signe de Roque en O.-R.-L. VERNIEUVE, p. 589.
- Signe de l'inégalité pupillaire ou signe de Roque en O.-R.-L. VERNIEUVE, p. 624.
- Sinus (Les opérations sur le). HALLE, p. 78.
- Sinus (Considérations sur l'interprétation des images radiographiques des). TONNDORF, p. 79.
- Sinus accessoires de la face (L'exploration radiologique des). MEYER, 878.
- Sinus frontal par voie nasale (Des opérations du). GALLUSER, p. 56.
- Sinus frontal (Pourquoi et comment doit-on opérer le) par voie orbitaire ? UFFENORDE, p. 80.
- Sinus frontal (Les réopérations sur le). LANGE, p. 80.
- Sinus frontaux (A propos de l'oblitération des). PAUTOW, p. 200.
- Sinus frontaux (Deux cas d'opération sur les). MARSCHIK, p. 202.
- Sinus frontal (Sur un cas d'ostéome primitif du). A. PIAZZA, p. 318.
- Sinus frontal (Cellulite orbitaire non suppurée compliquant un empyème du). BERTEIN, p. 483.
- Sinus frontal (Absence de) chez une femme. MAC GIBBON, p. 483.
- Sinus frontal (Fistulisation d'un empyème du). LOWRY, p. 857.
- Sinus frontal (Trois cas de paralysie du grand oblique après opération sur le). OHM, p. 879.
- Sinus latéral superficiel découvert à l'opération. PEYSER, p. 456.
- Sinus maxillaire (Canule trocart modifiée pour). WARRY, 72.
- Sinus maxillaire (Accident au cours d'un lavage du). FINDER, p. 84.
- Sinus maxillaire (L'épithélisation du) dans les inflammations chroniques. SHEENAN, p. 230.
- Sinus maxillaire (Intervention radicale sur le) et lésions dentaires consécutives. R. IVY, p. 881.
- Sinus maxillaire (La radiothérapie du cancer du). JOHNSON, p. 1129.
- Sinus maxillaire (Complications après une ponction du). WESSELY, p. 1193.
- Sinus sphénoïdal et ethmoïde postérieur (Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des lésions inflammatoires et traumatiques du). SARGNON, p. 484.
- Sinus profonds et névrites optiques (Lésions des). SARGNON, 485.
- Sinus supérieurs (Les affections suppurées des). M. WOODMAN, p. 1097.
- Sinus supérieurs (Les affections suppurées des). M. WOODMAN, p. 1133.
- Sinusienne (Troubles visuels d'origine). PARKER, p. 233.
- Sinusites (Anatomie pathologique des). MANASSE, p. 77.
- Sinusites (Indications des différents modes de traitement et des procédés opératoires dans les). HAJEK, 79.
- Sinusites (Les dangers viraux des) et de leurs méthodes de traitements. SCHEIBE, p. 80.
- Sinusite aiguë fétide avec névrose circonscrite de la muqueuse. MENZEL, p. 85.
- Sinusites paranasales suppurées (Manifestations générales déterminées par des). ARBUCKLE, p. 109.
- Sinusites. Examen critique des méthodes d'ouverture des antres maxillaires et frontaux par voie endonasale. LUC, p. 221.
- Sinusites aiguës (Casuistique des complications intracrâniennes des) et chroniques depuis les travaux de Gerber et Dreyfus jusqu'à l'année 1923. TOTI, p. 483.
- Sinusite (Les relations de la) avec le rhumatisme déformant. FAULKNER, p. 1068.
- Sinusites (De quelques complications des) cas associés à de l'asthme et à des lésions pulmonaires non tuberculeuses. DENNIS, p. 1128.
- Sinusite profonde et lésion des nerfs optiques. Résection des cornets moyens. Disparition rapide des troubles visuels. GRAND-CLÉMENT et SARGNON, p. 366.
- Sinusites profondes (Contribution à l'étude des lésions optiques et orbitaires dans les). SARGNON, p. 592.
- Sinusites profondes (Contribution à l'étude des lésions optiques et orbitaires dans les). SARGNON, p. 738.
- Sinusites de la face (Les complications oculaires des). LAMBERT, p. 880.
- Sinusites latentes postérieures et lésions du nerf optique. SARGNON, p. 1001.

- Sinusites latentes (La valeur des altérations visuelles dans le diagnostic des affections du nerf optique dues aux sinusites latentes). FRAQUAIR, p. 1131.
- Sinusites postérieures (Les relations des troubles visuels avec les affections des cavités nasales, notamment les). LOGAN TURNER, p. 1133.
- Sinusite frontale (Graves complications d'une). OLSSOM, p. 83.
- Sinusite frontale (L'opération radicale de la). HOWARTH, p. 108.
- Sinusite frontale chronique à destruction osseuse étendue. BUYS, p. 590.
- Sinusite frontale à extériorisation lointaine et volumineux abcès frontal médian chez une fillette de 14 ans. JOUSSEAUME et WISNER, p. 600.
- Sinusite fronto-maxillaire aiguë (A propos d'un malade atteint de crises névralgiques de). CANUYT et TERRACOL, p. 701.
- Sinusite fronto-ethmoïdale suppurée gauche. Opération, guérison. BURLANESCU et FSETSU, p. 718.
- Sinusite fronto-maxillaire chez un malade porteur du syndrome de Horner. FAL-LAS, p. 935.
- Sinusites fronto-maxillaires (Les complications oculaires des). CANUYT et TERRACOL, p. 944.
- Sinusites maxillaires (De la valeur pratique de la diaphanoscopie dans les). JUNON, p. 57.
- Sinusites maxillaires chroniques par la méthode Rhéti-Gavello (La thérapeutique des). BRUZZONE, p. 108.
- Sinusite maxillaire (Nouvelles observations sur l'étiologie et le traitement de la). DUTROV, p. 230.
- Sinusite maxillaire (Remarques cliniques sur le traitement post-opératoire de la). LINDLEY SEWELL, p. 333.
- Sinusite maxillaire d'origine dentaire (Évolution et complication anormales d'une). TIXIER et ROCHET, p. 482.
- Sinusite maxillaire (Fraise et spéculum modifiés pour opérer la) par méat inférieur. TORRÈS, p. 587.
- Sinusites maxillaires (Du diagnostic des) à l'aide d'une ponction exploratrice. BACKSTEIN, p. 1129.
- Sinuso-nasale (Céphalées et troubles ORUJAIRES d'origine). WORMS, p. 451.
- Sourds-muets (Recherches sur la formation des vocales chez les). BRUMER et FRUHWALD, p. 80.
- Sous-maxillaire (Lithiase de la glande). DUNET, p. 249.
- Spasmus nutans (Étiologie et clinique du). FISCHER, p. 105.
- Spasme du larynx (Discussion sur le). SAINT-CLAIR-THOMSON, p. 341.
- Sphénoïdales (Radio-diagnostic des affections). KNICK, p. 79.
- Sphénoïdales (Les sinusites) et leur traitement. SEGURA, p. 223.
- Sphéno-ethmoïdales postérieures (Considérations sur la topographie des troubles sensitifs au cours des affections). RAMADIER, p. 367.
- Sinusite ethmoïdo-sphénoïdale catarrhale aiguë. (Œdème maculaire avec mydriase et paralysie accommodative consécutive à une). AURAND et JACOB. p. 486.
- Sphénoïdales (Les céphalées). CANUYT et TERRACOL, p. 591.
- Sphénoïdal (Notes sur quelques points de l'anatomie du sinus) et en particulier sur sa vascularisation. GAILLARD et ROLLET, p. 999.
- Sphénoïdale (Anatomie de la fente). SLUDER, p. 1070.
- Sinus sphénoïdal (Transillumination du). Technique nouvelle. SARMENGO, p. 1130.
- Sphénoïdal (Les rapports du sinus) avec le nerf optique. SYME, p. 1132.
- Sphénoïdal (La fréquence des interventions sur le sinus). FRASER, p. 1133.
- Sphénoïdite (La pathologie de la). REYNOLDS, p. 1130.
- Sphéno-palatin (Névralgie post-opératoire du ganglion). LIÉBAULT, p. 197.
- Sphéno-palatin (Le syndrome du ganglion). CANUYT, p. 367.
- Sphéno-palatin (Syndrome du ganglion). DUVERGER et DUTHEILLET de LAMOTHE, p. 486.
- Sphéno-palatin (Spasme œsophagien guéri par le traitement du ganglion). SLUDER, p. 1134.
- Sphéno-palatins (Syndrome douloureux des ganglions) associé à une affection du sinus maxillaire. ALDEN, p. 1134.
- Sténose nasale de diagnostic indéterminé. DEMETRIADES, p. 202.
- Sténoses cicatricielles infranchissables de l'œsophage dilatées par l'œsophagoscope. POPOLITZA, p. 244.
- Sténose œsophagienne. MATCANESCU, p. 609.
- Sténoses œsophagiennes (Procédé personnel pour la dilatation des). POPOLITZA, p. 836.



- Sténoses cicatricielles de l'œsophage (Pathogénie et traitement des). BRUZZI, p. 890.
- Sténose laryngée post-diphthérique. Dilatation progressive et laryngostomie. MARSCHIK, p. 202.
- Sténoses cicatricielles du larynx et de la trachée (Le traitement des). Contribution à l'opération plastique des fistules laryngotrachéales. PRCECHTEL, p. 375.
- Sténose trachéale ancienne par port prolongé de canule (Résection de). GRIVOT et LEROUX, p. 693.
- Sténose trachéale (Contribution à l'étude clinique de la). BOSERUP, p. 758.
- Stomatite bismuthique diffuse (Un cas grave). CHATELLIER, p. 692.
- Stomatite bismuthique diffuse (Un cas grave de). CHATELLIER et HUDE, p. 809.
- Stomatologie (Un cas intéressant de) (atrophie sénile ou ostéoporose précoce des maxillaires). GAVELLO, p. 240.
- Stomato rhino-conjonctive à fuso-spirilles. CARNOT et BLAMOUTIER, p. 1.
- Streptococcémie d'origine otique (Un cas de). Mastoïde. Thrombophlébite du sinus et du golfe de la jugulaire. Surrénalite. Phlegmon périnéphrétique. Guérison. MAHU et VINCENT, p. 863.
- Stridor inspiratoire congénital (La contribution à l'anatomie pathologique du). Hypoplasie du larynx. VANDERWEIDT, p. 373.
- Stylo-hyoïdien (Sur l'ossification du ligament). MASINI, p. 252.
- Succion dans le traitement des otites (De la). LOW, p. 92.
- Surdimutité (Contribution à l'étiologie de la). GUÉRIN, p. 350.
- Surdimutité (Contribution à l'anatomie de la). HOFMANN, p. 351.
- Surdimutisme héréditaire (Les causes du) De PARREL, p. 597.
- Surdité (La) des écoliers. LEEGARD, p. 99.
- Surdité aggravée après une chute (Un cas de). DUNDAS GRANT, p. 191.
- Surdité complète datant d'une chute. DUNDAS GRANT, p. 191.
- Surdité (Présentation d'un appareil électrique contre la). MOLLISON, p. 326.
- Surdité congénitale chez un chien. FRASER, p. 707.
- Surdité hérédo-syphilitique et accouchement. O. BECK, p. 963.
- Surdité extrême unilatérale (Un cas de) par voie aérienne avec conduction osseuse parfaite. FRIEL, p. 972.
- Surdité (La) progressive d'origine non suppurative de l'oreille moyenne. BORDLEN, p. 1184.
- Surdités labyrinthiques par la panitrine (Traitement des). MAYER, p. 54.
- Surdité labyrinthique chronique progressive et vertige de Ménière. HELMANN, p. 82.
- Surdité labyrinthique (La). DAN MACKENSIE, p. 631.
- Surdité unilatérale et troubles labyrinthiques spécialisés. BARRÉ et REYS, p. 703.
- Surdité labyrinthique. REPTO, p. 992.
- Symphatiques (Troubles) et sudoraux d'une moitié de la face. BARRÉ, p. 695.
- Symptôme de la fistule avec mouvement de la tête après un évidement pétromastoïdien) GOLDBERGER, p. 853.
- Symptômes de la fistule (Quelques remarques sur les). MYGIND, p. 872.
- Syndrome adiposo-génital avec selle turque normale. MOURIQUAND, RAVAUULT et CHASSARD, p. 360.
- Syndrome de Barany avec guérison sans opération. JØRGEN MØELER, p. 721.
- Syndrome de Cl Bernard-Hormer et œdème d'un membre supérieur par goître rétrosternal. BARRÉ et CRUSEM, p. 699.
- Syndrome de Gradenigo. LEEGARD, p. 61.
- Syndrome de Gradenigo (Contribution à l'étude du). LAPOUGE, p. 595.
- Syndrome de Ménière par allergie. DUKE, p. 469.
- Syndrome de Millard Gùbler chez un tabétique. VELTER, p. 703.
- Syncope avec convulsions après les opérations rhinolaryngologiques. COLLET, p. 1149.
- Syringobulbie (Hypoexcitabilité croisée aux réactions rotatoire et calorique au cours d'une). RUTTIN, p. 88.
- Syphilis méconnue (sur quelques cas de). POPPI, p. 105.
- Syphilis congénitale de l'oreille interne et traitement antipaludéen. O. BECK, p. 966.
- Syphilis acquise de l'oreille interne et traitement antipaludéen O. BECK, p. 966.
- Syphilis et Cancer (Difficulté du diagnostic entre). Ablation totale du larynx et de la langue. GUÉRISON. HAJEK, 985.

- Syphilis héréditaire; ses manifestations ganglionnaires. WEIL et BERNEY, p. 1146.
- Syphilitique (Ulcération) du tragus. FALLAS, p. 937.
- Syphilome initial tonsillaire à forme diphtéroïde. BRUZZONE, p. 230.
- Syringobulbié probable (Syndrome bulbaire complexe par). BARRÉ et CAHN, p. 704.
- Syringomyélie (Paralysie d'une corde vocale et troubles vestibulaires par) BARRÉ et MORIN, p. 1102.
- Système nerveux végétatif (Contribution à l'étude du). Influence de l'appareil vestibulaire sur les mouvements intestinaux, SPIEGEL et DEMETRIADES, p. 730.
- Tamponnement nasal (Complications survenues à la suite de l'ablation de). ERDELYI, p. 106.
- Technique chirurgicale O.-R.-L., MOURE, LIÉBAULT, CANUYT, p. 1113.
- Télécloque binoculaire. MOLINIE, p. 623.
- Temporal (Opération sur l'os) à l'aide de la loupe et du microscope. GUNNAR HOLMGREN, p. 461.
- Tertiarsme du palais simultané chez le mari et la femme. DOUGLAS GUTHRIE, p. 339.
- Thoracoplastie (Technique, indication et valeur de la) extrapleurale dans la tuberculose pulmonaire et dans la dilatation des bronches. GUILLEMINET, p. 497.
- Thrombophlébite du sinus sigmoïde. LEEGARD, p. 61.
- Thrombophlébite du sinus latéral au cours d'une otite moyenne purulente chronique avec cholestéatome. TESAR, p. 64.
- Thrombophlébite suppurée du sinus (Diagnostic et traitement de la). PHILLIPS, p. 9.
- Thrombo-phlébite du sinus caveux consécutive à une otorrhée chronique réchauffée.* HALPHEN, p. 167.
- Thrombo-phlébite du sinus latéral (Un cas de). Guérison. MUNYO, p. 213.
- Thrombo-phlébite ophtalmique avec complications oculaires consécutive à la carie de l'ethmoïde. MICHAEL, p. 233.
- Thrombophlébite du sinus latéral avec arthrite coxofémorale. VAN SWIETEN, p. 587.
- Thrombophlébite des sinus caverneux, complication d'accidents dentaires et particulièrement de la dent de sagesse (A propos de 3 cas de). MATHIEU et GAMALEIA, p. 883.
- Thrombo-phlébite suppurée latente du sinus latéral qui évolua sans symptômes chez un garçon de 17 ans. VAN GHELUWE, p. 939.
- Thrombo-phlébite septique du sinus et du golfe de la jugulaire. FRASER, p. 902.
- Thromboses veineuses multiples et éloignées dans un cas de thrombophlébite, du sinus latéral d'origine otique, guérison. BARRAUD, p. 55.
- Thrombose des sinus cérébraux consécutive à une pneumonie chez un adulte. HURST, p. 96.
- Thrombose sinusienne à streptococcus mucosus, simulant un abcès du lobe temporal. BECK, p. 459.
- Thrombose du sinus, érysipèle récidivant. Opération. Guérison. RUTIN, p. 966.
- Thrombose sinusienne étendue, survenue au 22<sup>e</sup> jour d'un épidémie. O. BECK, p. 1193.
- Thrombose sinusienne consécutive à une suture secondaire. NEUMANN, p. 1194.
- Thrombose sinusienne sans fièvre, consécutive à un cholestéatome fétide. GOLDBERGER, p. 1194.
- Thyro-aryténoïdien chez le chat (Le muscle). FORSTER, p. 748.
- Thyroïde (Les affections de la glande) en relation avec la laryngologie. DIGGLE, p. 377.
- Thyroïde (Fracture du cartilage). YOUNG, p. 862.
- Thyroïde (La gomme de la glande). WILLIAMS et STEINBERG, p. 1145.
- Thyroïdienne (Relations entre la toxicité) et l'infection amygdalienne. BROWN, p. 236.
- Thyroïdiennes (Les rapports des affections) avec la laryngologie. HOLDE DIGGLE, p. 333.
- Thyroïdienne (Mes résultats éloignés dans la chirurgie). PORTER, p. 505.
- Thyroïdisme (Hyper). — Valeur relative de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement de l'. RICHARDSON, p. 249.
- Thyroïdite aiguë suppurée et périchondrite diffuse du cartilage thyroïde d'origine streptococcique. REBATTU et GAILLARD, p. 503.
- Thyrotomie (La) chez l'adulte. PLANDÉ, p. 1142.



- Tonsillectomie par aspiration. WARING, p. 239.
- Trachéale (Obstruction) due à l'arrêt du développement de la trachée. SCOTT RIDONT, p. 73.
- Trachéales (Avantages et technique des auto-injections intra-). MEYER, p. 587.
- Trachée et des bronches (Anomalies de la). BIGLER, p. 52.
- Trachée (A propos de quelques affections de la). SYME, p. 1143.
- Trachéo-bronchiques (Ganglions) et hémorragie persistant. MAYERSOHN, p. 718.
- Trachéo-laryngoscopie directe. (Applications de la). Laryngoscopie directe chez les nourrissons. VAN DEN WILDENBERG, p. 961.
- Trachéo-malacie bilatérale totale. Strumectomie et trachéopexie. HOFER, p. 85.
- Trachéomolaire. HOFER, p. 711.
- Trachéotomie (La durée d'une canule de). SAINT-CLAIR THOMSON, p. 1096.
- Traité d'oto-rhino-laryngologie. CITELLI, p. 204.
- Traitement antisiphilitique en O.-R.-L. BLANCHARD, p. 450.
- Transillumination (La valeur de la) dans les affections des sinus. PRATT, p. 107.
- Transillumination du massif facial dans l'ethmoïdite et l'ozène. LAVRAND, p. 1205.
- Trepol (Gomme étendue du pharynx, de l'amygdale gauche et de la langue guérie par le). A. HEINDL, p. 85.
- Trijumeau (Névralgie du) et myalgie. BORRIES, p. 724.
- Trompe d'Eustache (Sur l'innervation de la musculature de la). BILANCIONI et SILVAGNI, p. 989.
- Troubles respiratoires réflexes après opérations sur les voies respiratoires supérieures. BARRÉ, p. 699.
- Trouble de la vision tardif après traumatisme cranien. JOST, p. 1101.
- Trousse (La) photogène Némausa. SOUCHON, p. 1198.
- Tubard Canulard (Un nouveau cas de trachéo-cricostomie chez un). SARGSON, p. 681.
- Tuberculome laryngé. W. MILLIGAN, p. 335.
- Tuberculome avec perforation nasale. DAVID-GALATI, p. 608.
- Tuberculome associé à une déviation de la cloison nasale. LEITCH, p. 861.
- Tuberculose cutanée (Traitements de la). SEQUEIRA, p. 211.
- Tuberculose généralisée chez un jeune sujet, présentant différentes formes de tuberculose. WESSELY, p. 458.
- Tuberculose (Le traitement spécifique de la). MORAVITZ, p. 1191.
- Tuberculose du larynx (Quelques remarques sur la). DE REYNIER, p. 56.
- Tuberculose laryngée guérie par le galvanocautère (Un cas de). GREIF, p. 62.
- Tuberculose du larynx (Diazoréaction et réaction de Moritz-Weisz dans la). COLLET, p. 125.
- Tuberculose laryngée. KNOWLES RENSCHAW, p. 336.
- Tuberculose laryngée traitée par la lumière artificielle. WESSELY, p. 712.
- Tuberculose laryngée (La). NICOLAI, p. 750.
- Tuberculose pulmonaire et laryngée. Traitement par les vaporisations d'eau de chaux. LEGRAND, p. 753.
- Tuberculose pulmonaire et les voies respiratoires supérieures. L. BERNARD, p. 766.
- Tuberculose précoce du larynx à propos d'un cas de tuberculome (Considérations sur la). CURCHOD, p. 1028.
- Tuberculose laryngée. Thyrotomie. Mort en quinze jours par tuberculisations générales. PREDESCU-RION, 1079.
- Tuberculose laryngée ; traitement par la section du nerf récurrent. MOULONGUET, p. 1087.
- Tuberculose nasale (3 cas de). MARTIN, 340.
- Tuberculose de la fosse nasale. GLAS, p. 457.
- Tuberculose de la narine gauche. GLAS, p. 711.
- Tuberculose des os du nez. RIDONT, p. 855.
- Tuberculose de l'oreille et ses rapports avec les recherches modernes sur la tuberculose. CEMACH, p. 342.
- Tuberculose de l'oreille (Les complications méningées). ALOIN, p. 463.
- Tuberculose de l'oreille dans ses rapports avec les recherches modernes sur la tuberculose. CEMACH, p. 867.
- Tuberculose (La) de l'oreille, du point de vue des recherches modernes sur la tuberculose. MILLIGAN, p. 992.
- Tuberculose (La) de l'oreille. CEMACH, p. 1200.
- Tuberculose du pharynx et des piliers traitée par les rayons ultra-violet. SOULAKOVA, p. 67.



- Tuberculose du pharynx. CATHEART et PATERSON, p. 71.  
 Tumeur maligne (A propos d'une). KULIKOWSKY, p. 198.  
 Tumeurs du nerf acoustique (Traitement chirurgical des). TROETER, p. 190.  
 Tumeur de la glande intercarotidienne. BÉRARD et DUNET, p. 504.  
 Tumeur du ganglion intercarotidien et syndrome de Stokes-Adam. G.-W. BOOT, p. 865.  
 Tumeurs de la glande intercarotidienne avec syndrome de Stokes-Adams. BOOT, p. 1014.  
 Tumeur osseuse étendue de la cloison. PETERS, p. 1093.  
 Tumeurs de la VIII<sup>e</sup> paire. WALSHE, p. 190.  
 Tumeurs du chiasma (Abord par voie intradurale). LERICHE et WERTHEIMER, p. 360.  
 Tumeurs intracraniennes (De la ventriculographie dans la localisation des). MAC CONNEL, p. 360.  
 Tumeurs de la fosse postérieure du crâne (Diagnostic et traitement des). VIGGO CHRISTIANSEN, p. 475.  
 Tumeurs de l'étage postérieur du crâne (Etude des). Contribution au diagnostic différentiel de ces tumeurs. Etude neuro-oculistique. BARRÉ et MORIN, p. 476.  
 Tumeur indéterminée de la moitié de la langue. SCHWARTZ-GLOSSY, p. 458.  
 Tumeur de la langue, partie droite. SCHWARTZ-GLOSSY, p. 985.  
 Tumeur cartilagineuse du larynx. GLAS, p. 202.  
 Tumeur du larynx. CLEMINSON, p. 857.  
 Tumeur tuberculeuse de la fosse nasale. W. MILLIGAN et L. SEWELL, p. 335.  
 Tumeurs nasales (Importance des sinusites dans le développement des) MARTUSCELLI et ABBATE, p. 482.  
 Tumeur maligne de l'étage inférieur des fosses nasales traitée par la radiothérapie. Guérison depuis un an. Accidents dentaires probablement consécutifs au traitement. BOURGEOIS, p. 598.  
 Tumeur du carrefour pétro-sphénoïdal d'origine nasale. BARRÉ et STÖBER, p. 882.  
 Tumeurs (Les) malignes des cavités accessoires du nez. MANGONI, p. 1206.  
 Tumeurs amyloïdes du nez et du larynx. WELNER, p. 1191.  
 Tumeurs du sinus pyriforme (Un cas de). HOLS DIGGLE, p. 337.  
 Tumeur de l'hypopharynx traitée et guérie par la diathermie et la radiothérapie. SAMINGO, p. 706.  
 Tumeurs malignes du massif facial (Considérations sur le traitement chirurgical des). PORTMANN et MOREAU, p. 739.  
 Tumeur mixte sous maxillaire. MONDOR et AURONSSEAU, p. 763.  
 Tumeur du lobe temporal (Troubles vestibulaires au cours d'un syndrome d'hypertension crânienne par). BARRÉ, p. 1103.  
 Tympan (Vésicule séreuse du) sans autre manifestation inflammatoire ni trouble auditif. URBANTSCHITSCH, p. 86.  
 Tympan (Présentation d'un) laissant voir la corde du tympan. MOLLISON, p. 972.  
 Tympanique (Un cas de présclérose) de Citelli. CALDERIN, p. 630.  
 Tympanique (Présentation de plaques colorées montrant les modifications pathologiques de la membrane). MENDAL, p. 717.  
 Tympanique (Formation brusque d'une large perforation). RUTTIN, p. 967.  
 Vaccinothérapie dans la furonculose du nez et de l'oreille externe. PREDESCURION, p. 846.  
 Vaccinothérapie en oto-laryngologie. JINDRA, p. 978.  
 Vaccinothérapie (Contribution à la stock) en chirurgie oto-péto-mastoidienne. GIROUD, p. 988.  
 Vaccinothérapie pour furoncle de la lèvre supérieure. LAUTMANN, p. 1135.  
 Vélo-pharyngée (Un cas de symphyse). BLOCH et AUBIN, p. 602.  
 Vélo-pharyngées (Adhérences). SÉBILEAU, p. 954.  
 Ventriculaires (Un cas d'épaississement considérable des bandes) recouvrant les deux cordes. M. LEOD, p. 1096.  
 Ventricule (Un cas de tumeur du) chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire. DUNDAS-GRANT, p. 72.  
 Ventriculo-cordectomie pour paralysie double des abducteurs. WALTER-HOWARTH, p. 70.  
 Ventriculographie (De la). JEFFERSON, p. 361.  
 Vertige guéri par la trépanation du canal semi-circulaire externe (Un cas de). MOLLISON, p. 329.  
 Vertige en 1703. Contribution à l'histoire de la médecine. KALTENBACH, p. 702.  
 Vertige (Le) et l'adrénaline. CANUYT et TERRACOL, p. 871.



- Vertiges et nystagmus, suivant une position déterminée de la tête (Crises de). DE KLEYN et VERSTEEGH, p. 873.
- Vertige (Crises de) par mouvements brusques de la tête. FREMEL, p. 968.
- Vertige de Ménière (Transformations des réactions vestibulaires dans un cas de). BARRÉ et CRUSEM, p. 1105.
- Vertige (A propos du traitement du) par l'adrénaline. BARBAZAN, p. 1124.
- Vestibulaires (Rôle des vaisseaux labyrinthiques dans les réactions). CHARONZER, p. 81.
- Vestibulaires (Post-réactions) et particulièrement la post-réaction calorique. KARLEFORS, p. 353.
- Vestibulaire (Les types normaux et pathologiques de la réaction) dans les affections organiques et inorganiques du nerf auditif. KOBRAK, p. 457.
- Vestibulaire (Une particularité intéressante constatée au cours de l'examen) d'un cas de « Fistel symptôme ». GORIS fils, p. 596.
- Vestibulaires (L'appareil de Dundas-Grant destiné à provoquer les réactions) au moyen d'insufflation d'air froid dans l'oreille. THRANE, p. 725.
- Vestibulaire (La ligne) horizontale. Sa protection sur le profil de la tête. LOUIS GIRARD, p. 862.
- Vestibulaires (Les déviations de la marche, les yeux fermés dans les cas de troubles). NINGER, p. 980.
- Vestibulaires (Etude des réactions) au cours du coma. BARRÉ, METZGER, p. 1103.
- Voile du palais (Un nouveau cas d'apoplexie du). ENGEL, p. 196.
- Voile du palais (Deux cas d'apoplexie du). ESCAT, p. 1007.
- Voile du palais (Un cas de perforation latérale du). DIDIER, p. 490.
- Voile (Spasme clonique du). M'KENZIE, p. 73.
- Voix défectueuse. KENYON, p. 57.
- Voix (La) parlée et chantée normale et pathologique. Guide pour l'étude de la phonétique biologique. BILANCIONI, p. 748.
- Wrisberg (Hypertrophie congénitale des cartilages de). MINNIGERODE, p. 84.
- Zona ophtalmique et éruption du type varicellique simultanée chez une enfant. LÉPINE, MOURIQUAND et RAVAUULT, p. 504.
- Zona otitique. REVERCHON et WORMS, p. 606.
- Zygomatomo-mastoidite chez deux enfants (Deux cas de). HARBÆ, p. 61.




---

Le Gérant : P. VIGOT.